

**CFUO de Lille**

UFR3S - Département Médecine  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
cfuo@univ-lille.fr



# **MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Elisa LE BARS**

soutenu publiquement en juin 2025

**Etat des lieux de la mise en place de l'IDDSI au sein des établissements de santé accueillant une population dysphagique dans la région Hauts-de-France**

MEMOIRE dirigé par

**Claire FAUCHILLE**, Orthophoniste, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

**François PUISIEUX**, Gériatre, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

Lille – 2025

## Remerciements

Je tiens à remercier mes directeurs, Monsieur Puisieux et Madame Fauchille, pour leur accompagnement et leur aide précieuse.

Je remercie également tous les participants qui ont contribué à cette étude par leur investissement et leur expérience enrichissante.

Toute ma gratitude va à ma famille qui m'a toujours soutenue dans chacun de mes projets.

Merci à Ariette, ma colocataire mais surtout ma précieuse amie, qui a été ma plus belle présence et mon plus beau soutien durant ces études.

Un grand merci à tous mes amis pour avoir rendu la vie étudiante encore plus belle et inoubliable.

## **Résumé :**

La dysphagie peut affecter non seulement la sécurité et l'efficacité de la déglutition mais aussi le plaisir de s'alimenter. Elle a de nombreuses conséquences tant sur le plan physiologique que psychologique. L'adaptation des aliments et des boissons est l'approche principale afin d'assurer une meilleure sécurité alimentaire tout en compensant les déficits fonctionnels. Toutefois, le manque d'uniformisation des pratiques au sein et entre les établissements diminue l'efficacité de la prise en soin du patient dysphagique. De ce fait, l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) a élaboré des terminologies standardisées adaptées aux personnes dysphagiques. Ce mémoire visait à réaliser un état des lieux de la mise en place de l'IDDSI auprès des patients dysphagiques dans les établissements de santé des Hauts-de-France. Nous avons cherché à identifier les avantages, les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en œuvre à travers des entretiens semi-directifs auprès de professionnels. Les résultats suggèrent que l'implication collaborative des acteurs clés, soutenue par une organisation efficace, constitue un facteur déterminant dans le succès de la mise en œuvre. La réussite dépend également du niveau de formation des professionnels.

## **Mots-clés :**

Hauts-de-France, établissements de santé, troubles de déglutition, dysphagie, IDDSI

## **Abstract :**

Dysphagia impacts both the safety and efficacy of swallowing, as well as the enjoyment of eating, with significant physiological and psychological repercussions. The primary intervention involves modifying food textures and liquid consistencies to enhance swallowing safety while compensating for functional impairments. However, inconsistent practices across and within healthcare facilities undermine optimal dysphagia management. In response, the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) established globally standardized dietary terminology for dysphagia care. This study evaluates the implementation of IDDSI frameworks in healthcare institutions across France's Hauts-de-France region through semi-structured interviews with clinical professionals. The research identifies three critical dimensions: implementation benefits, facilitating factors, and operational barriers. Key findings demonstrate that successful implementation requires multidisciplinary collaboration among stakeholders supported by organizational structures, and comprehensive staff training programs. These results underscore the necessity of coordinated implementation strategies and sustained professional education to achieve standardized, evidence-based dysphagia management practices.

## **Keywords :**

Hauts-de-France, healthcare facilities, swallowing disorders, dysphagia, IDDSI

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Table des matières .....  | 4  |
| Introduction.....   | 7  |
| Contexte théorique, buts et hypothèses.....                                   | 8  |
| .1. Les troubles de la déglutition .....                                      | 8  |
| .1.1. La déglutition .....  | 8  |
| .1.2. La dysphagie .....  | 8  |
| .1.3. Les possibles complications des troubles de la déglutition.....         | 8  |
| .2. Adaptation de textures .....  | 9  |
| .2.1. Intérêt des textures modifiées .....                                    | 9  |
| .2.2. Intérêt des aliments à texture modifiée .....                           | 9  |
| .2.3. Intérêt des boissons épaissies.....                                     | 10 |
| .2.4. Précautions .....   | 10 |
| .3. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI).....      | 11 |
| .3.1. Intérêt d'une standardisation internationale .....                      | 11 |
| .3.2. L'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) ..... | 11 |
| .3.3. Les boissons épaissies selon l'IDDSI .....                              | 13 |
| .3.4. Les aliments à texture modifiée selon l'IDDSI.....                      | 13 |
| .3.5. Mise en œuvre de l'IDDSI.....   | 14 |
| Buts et hypothèses de l'étude.....  | 15 |
| Méthode .....   | 15 |
| .1. Les entretiens semi-directifs .....                                       | 15 |
| .1.1. Les objectifs .....   | 15 |
| .1.2. Les participants .....  | 15 |
| .1.2.1. Les critères de sélection .....                                       | 15 |
| .1.2.2. Les modalités de recrutement .....                                    | 16 |
| .1.3. Les procédures de collecte .....  | 16 |
| .1.4. L'analyse des données.....  | 17 |
| .1.5. Les considérations éthiques .....                                       | 17 |
| Résultats.....  | 17 |
| .1. Caractéristiques des structures et des participants .....                 | 17 |
| .1.1. Présentation de l'échantillon et contexte de recueil des données .....  | 17 |
| .1.2. Services d'intervention .....   | 18 |
| .1.3. Rôle des participants en lien avec l'IDDSI.....                         | 18 |
| .2. Lien des participants et de leurs collègues avec l'IDDSI .....            | 19 |
| .2.1. Familiarité de l'IDDSI et de ses recommandations .....                  | 19 |
| .2.2. Formation des professionnels interrogés.....                            | 19 |
| .2.3. Membres du personnel et IDDSI .....                                     | 19 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| .2.4.   | Formation des autres membres de l'équipe.....   | 19 |
| .2.5.   | Besoins en formation et sensibilisation du personnel .....  | 20 |
| .3.     | Mise en place de l'IDDSI au sein de l'établissement .....   | 20 |
| .3.1.   | Facteur(s) à l'origine de l'instauration de l'IDDSI.....  | 20 |
| .3.2.   | Professionnels impliqués.....   | 21 |
| .3.3.   | Niveaux de l'IDDSI mis en place .....   | 21 |
| .3.4.   | Procédures d'adaptation.....  | 22 |
| .3.4.1. | Procédures concernant l'épaississement des boissons .....   | 22 |
| .3.4.2. | Procédures relatives à l'adaptation des aliments.....   | 22 |
| .3.5.   | Niveau le plus compliqué à mettre en place .....  | 23 |
| .3.6.   | Avenir envisagé.....  | 23 |
| .3.7.   | Particularités et besoins d'adaptation des recommandations auprès de la population gériatrique .....  | 24 |
| .3.7.1. | Particularités potentielles observées .....   | 24 |
| .3.7.2. | Potentiel(s) besoin(s) d'adaptation ou de complétion des recommandations .....                        | 24 |
| .4.     | Communication et pratiques .....  | 24 |
| .4.1.   | Communication des changements auprès des collègues, patients dysphagiques et familles.....            | 24 |
| .4.2.   | Impact de l'IDDSI sur la communication interprofessionnelle au sein de l'équipe .....                 | 25 |
| .4.3.   | Retours d'expérience de la part du personnel, des patients dysphagiques et de leur famille 25         |    |
| .4.4.   | Influence de l'IDDSI sur la pratique quotidienne .....  | 26 |
| .4.5.   | Ajustements et modifications potentiels apportés à la pratique après l'implémentation de l'IDDSI..... | 26 |
| .5.     | Avantages, obstacles et facilitations à la mise en place .....  | 26 |
| .5.1.   | Principaux avantages à l'instauration de l'IDDSI.....   | 26 |
| .5.1.1. | Changement dans la sécurité alimentaire des patients dysphagiques .....                               | 26 |
| .5.1.2. | Recommandations standardisées.....  | 27 |
| .5.1.3. | Communication.....  | 27 |
| .5.2.   | Principaux obstacles rencontrés lors de l'application de l'IDDSI .....                                | 27 |
| .5.2.1. | Sensibilisation et pratique des équipes.....  | 27 |
| .5.2.2. | Freins structurels et organisationnels.....   | 28 |
| .5.2.3. | Contraintes logistiques et matérielles .....  | 28 |
| .5.3.   | Facteurs facilitateurs .....  | 29 |
| .5.3.1. | Communication et groupe de travail.....   | 29 |
| .5.3.2. | Influence de l'établissement.....   | 29 |
| .5.3.3. | Différence entre des cuisines sur place et en liaison différée .....                                  | 29 |
| .5.4.   | Suggestions de facilitation .....   | 30 |
| .5.4.1. | Ressources et accompagnements .....   | 30 |
| .5.4.2. | Répertoire alimentaire et recettes.....   | 30 |

|   |    |
|---|----|
| Discussion .....  | 30 |
| .1.  Cadre de l'étude .....   | 30 |
| .2.  Analyse des principaux résultats .....                                     | 31 |
| .2.1.  De la formation à la pratique : impact de l'IDDSI.....                   | 31 |
| .2.1.1.  Connaissances et formations .....                                      | 31 |
| .2.1.2.  Amélioration de la sécurité alimentaire des patients dysphagiques..... | 31 |
| .2.1.3.  Les pratiques actuelles .....  | 31 |
| .2.1.4.  Complexité de certains niveaux de texture modifiée .....               | 31 |
| .2.2.  Collaboration et rôle organisationnel .....                              | 32 |
| .2.2.1.  Collaboration pluriprofessionnelle.....                                | 32 |
| .2.2.2.  Rôle de la cuisine .....   | 32 |
| .2.2.3.  Rôle de l'organisation .....   | 32 |
| .3.  Limites et pistes de recherche .....                                       | 33 |
| .3.1.  Limites .....  | 33 |
| .3.2.  Pistes de recherche .....  | 33 |
| Conclusion .....  | 33 |
| Bibliographie.....  | 34 |
| Liste des annexes .....   | 38 |
| Annexe n°1 : Guide d'entretien. ....  | 38 |
| Annexe n°2 : Echelle COREQ.....   | 38 |
| Annexe n°3 : Lettre d'information.....  | 38 |
| Annexe n°4 : Processus de recrutement des participants.....                     | 38 |

# Introduction

La déglutition, acte physiologique d'avaler, permet le transport de la nourriture de la bouche jusqu'à l'estomac, tout en assurant la protection des voies respiratoires. La dysphagie survient lorsqu'une personne éprouve des difficultés lors du transport de la nourriture de la bouche à l'estomac (Hadde & Chen, 2021b). Elle apparaît fréquemment chez le sujet âgé, notamment chez ceux qui sont institutionnalisés. La dysphagie peut affecter la sécurité, l'efficacité de la déglutition ainsi que le plaisir de manger (Andersen et al., 2013). Elle a de nombreuses conséquences tant sur le plan physiologique que psychologique.

L'adaptation de la texture de la nourriture est l'approche principale et la plus facilement réalisable afin d'assurer une nutrition et une hydratation aux personnes dysphagiques (Hadde & Chen, 2021a). La modification des textures alimentaires vise à accroître la sécurité et l'efficacité de la déglutition bucco-pharyngée dans le but de compenser les déficits fonctionnels (Rule et al., 2020). Cela permet également de réduire les risques de fausse route (Cichero et al., 2017).

La mise en œuvre d'une standardisation internationale telle que l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) permettrait d'améliorer la communication au sein des équipes de soins et entre les équipes (Dahlström et al., 2023). L'IDDSI est un projet à but non lucratif, développé par un groupe international et multidisciplinaire d'experts. Cette démarche propose un nombre fini de niveaux de textures d'aliments et d'épaississements de boissons avec un nom standardisé pour chaque niveau de texture. Elle est adaptée aux personnes dysphagiques quels que soient leur tranche d'âge, leur culture ou le type d'établissement de soins. Plusieurs méthodes de mesure sont décrites par l'IDDSI pour qualifier les caractéristiques texturales d'un aliment ou d'une boisson. Celles-ci sont simples, accessibles et objectives et peuvent être utilisées par tous les acteurs qui gravitent autour de la prise en soin de la dysphagie. La mise en œuvre de l'IDDSI s'est faite dans de nombreux pays (Su et al., 2018). Cette mise en place permet d'améliorer la qualité des soins et la sécurité alimentaire des patients. Elle nécessite tout de même une organisation spécifique.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire. L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de la mise en place de l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) au sein d'établissements de santé des Hauts-de-France accueillant une population dysphagique. Ce projet vise également à étudier l'expérience des professionnels qui travaillent avec cette population. Cela permettra de préciser la dynamique de la prise en soin de la dysphagie par la mise en place de textures modifiées. Les avantages perçus ainsi que les difficultés rencontrées seront abordés. Les mises en œuvre futures de l'IDDSI au sein d'autres établissements seront alors facilitées.

Dans un premier temps, l'anatomophysiologie de la déglutition et des troubles qui peuvent en découler seront explicités. Nous aborderons ensuite l'intérêt des textures modifiées auprès d'une population dysphagique. Puis, l'IDDSI et sa mise en place seront évoquées.

Dans un second temps, nous présenterons notre méthodologie. Des entretiens auprès de professionnels exerçant dans un établissement ayant mis en place l'IDDSI permettront de réaliser l'état des lieux. Ensuite, les résultats seront analysés puis discutés. Enfin, nous ferons une conclusion globale en abordant les éventuelles perspectives de recherche découlant de cette étude.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## .1. Les troubles de la déglutition

### .1.1. La déglutition

La déglutition est l'acte physiologique d'avaler. Elle permet le transport de la nourriture de la bouche jusqu'à l'estomac, tout en assurant la protection des voies respiratoires. Elle participe également à l'élimination des sécrétions rhino-pharyngées, trachéales et salivaires (Allepaerts et al., 2008).

La déglutition se décompose en trois grandes phases : orale, pharyngée et œsophagienne. La phase orale de la déglutition est volontaire. Elle consiste en la préparation et la propulsion du bol alimentaire, également appelé bolus. Un travail de mastication, d'insalivation et de préparation est effectué afin de former un bolus homogène. Celui-ci est ensuite propulsé vers l'oropharynx par la langue qui effectue un mouvement de balayage d'avant en arrière et de bas en haut contre le palais dur. La phase pharyngée de la déglutition est un processus involontaire qui comporte l'acheminement du bol alimentaire de l'oropharynx vers l'œsophage. Elle implique le réflexe de la déglutition et assure la protection des voies respiratoires. Enfin, la phase œsophagienne, comporte la transition du bol alimentaire de l'œsophage vers l'estomac. Cette phase est involontaire (Roper et al., 2022).

L'organisme possède des voies et structures communes dans les processus de respiration et d'alimentation, appelées le carrefour aéro-digestif. La nourriture doit uniquement se rendre dans la voie digestive car les voies respiratoires ne sont pas équipées pour la digérer. Afin de prévenir les complications, des mécanismes de protection se mettent en place par l'occlusion et l'élévation laryngées ainsi que la bascule de l'épiglotte (Roper et al., 2022). Lorsque des particules de nourriture entrent en contact avec les voies respiratoires, une toux se déclenche. C'est un mécanisme de protection réflexe qui permet d'expulser les corps étrangers des voies respiratoires.

### .1.2. La dysphagie

La dysphagie est caractérisée comme une difficulté à avaler. Elle est définie comme « un trouble du transfert de la nourriture de la bouche vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage » (Roper et al., 2022, p. 593).

Elle est fréquente chez les sujets âgés, notamment en institution (Capet et al., 2007). La dysphagie touche près de la moitié des patients gériatriques, population dépendante, polyopathologique et fragile (Doan et al., 2022). Elle se retrouve dans de nombreuses pathologies. Elle peut être due à des causes anatomiques, neurologiques ou iatrogènes. L'apparition de la dysphagie peut être aussi bien insidieuse qu'aiguë. Deux types de troubles de la déglutition se distinguent. La dysphagie oro-pharyngée, caractérisée par des difficultés rencontrées entre les lèvres et le sphincter supérieur de l'œsophage et la dysphagie œsophagienne qui concerne les troubles survenant dans l'œsophage et/ou l'estomac (Roper et al., 2022).

La démarche diagnostique implique un dépistage, suivi d'évaluations instrumentale et clinique de la déglutition. L'orthophoniste y joue un rôle essentiel (Forster et al., 2013).

### .1.3. Les possibles complications des troubles de la déglutition

Les conséquences de la dysphagie peuvent être graves pour les patients. La dysphagie affecte principalement la sécurité, l'efficacité de la déglutition ainsi que le plaisir de manger (Andersen et al.,

2013). Les patients dysphagiques présentent souvent une diminution de l'appétit, une alimentation lente, une perte de poids ainsi qu'une dénutrition. Ces personnes ont tendance à s'isoler et souffrent souvent de dépression ainsi que d'une perte de qualité de vie (Su et al., 2018). Les troubles de la déglutition peuvent conduire à des fausses routes, c'est-à-dire des risques de pénétration (la nourriture arrive jusqu'aux cordes vocales) et/ou d'inhalation (la nourriture pénètre sous les cordes vocales). Cela peut conduire à une pneumopathie d'inhalation voire à une asphyxie si l'obstruction des voies respiratoires est totale.

L'adaptation de la texture est l'une des approches principales de traitement de la dysphagie (Steele et al., 2015).

## **.2. Adaptation de textures**

### **.2.1. Intérêt des textures modifiées**

La modification de la texture des aliments ainsi que l'épaississement des boissons est une approche essentielle et la plus réalisable en pratique pour garantir une alimentation sûre aux patients atteints de dysphagie (Hadde & Chen, 2021a). Les textures modifiées ont pour but d'améliorer la sécurité alimentaire et l'efficacité de la déglutition bucco-pharyngée en compensant les déficits fonctionnels (Rule et al., 2020). Ils sont aussi couramment utilisés pour réduire les risques de pénétration et d'aspiration (Cichero et al., 2017). Une alimentation adaptée devra être suivie (Côté et al., 2020). Les recommandations en matière de texture modifiée sont individualisées. Elles tiennent compte de diverses variables telles que l'état cognitif du patient, le pronostic de la maladie, les résultats potentiels de la prise en soin ainsi que les besoins en matière de nutrition et d'hydratation. Leur introduction peut être réalisée lors d'une évaluation instrumentale, visant à évaluer leur efficacité (Rule et al., 2020). L'industrie alimentaire, les services de restauration et les soignants ont besoin de repères en matière de contrôle de qualité pour fournir une alimentation adéquate (Côté et al., 2020). En effet, pour une conception qualitative des produits, l'évaluation objective des propriétés texturales des textures modifiées est importante. Cependant, la mise en œuvre de ce genre de technique reste complexe en pratique (Hadde & Chen, 2021b).

### **.2.2. Intérêt des aliments à texture modifiée**

Il existe peu de données sur la manière de guider la pratique dans le choix des différents degrés de textures alimentaires à destination des patients dysphagiques (Steele et al., 2015).

L'évaluation des aliments à texture modifiée comporte des exigences en matière de propriétés mécaniques (dureté, cohésion, adhérence, etc.) ainsi que de taille et de forme (aspect) des particules. Les propriétés mécaniques sont importantes à prendre en compte dans la description des textures. L'aspect de certains aliments peut induire un risque augmenté de fausse route (Kennedy et al., 2014). Ces propriétés sont essentielles afin de réduire la fatigue de l'effort ainsi que d'améliorer la mastication et donc la sécurité et l'efficacité des repas (Hadde & Chen, 2021b ; Steele et al., 2015). En effet, il existe un lien entre la taille des particules et le risque d'étouffement alimentaire (Kennedy et al., 2014). Afin d'éviter cet étouffement, il est essentiel que les morceaux d'aliments soient suffisamment petits pour passer à travers la trachée sans la bloquer. Le diamètre moyen de la trachée est de vingt-deux millimètres chez l'homme et de dix-sept millimètres chez la femme (Brodsky et al., 1996). Par conséquent, des particules d'une taille plus petite ont plus de chance de passer à travers la trachée sans l'obstruer complètement.

La modification de la texture consiste en l'ajustement de la taille des particules, de la texture

ainsi que de la consistance des aliments. Ce processus peut impliquer le découpage, le hachage ou la réduction en purée des aliments ou bien l'ajout d'agents épaississants ou de liquides supplémentaires (Wu et al., 2022a). La modification de la texture altère mécaniquement l'aliment jusqu'au niveau requis pour favoriser la déglutition du bolus en toute sécurité (Cichero et al., 2017). Une liste de texture d'aliments qui comportent un risque d'obstruction des voies aériennes est disponible sur le site de l'IDDSI. Par exemple, les aliments décrits comme durs ou secs, fibreux ou coriaces, caoutchouteux, croustillants, croquants, effilés ou pointus, friables, etc. présentent un risque augmenté pour la personne dysphagique.

Les personnes souffrant de troubles cognitifs sont plus susceptibles de s'étouffer car elles ont une capacité limitée à contrôler la taille des aliments et la vitesse à laquelle elles les ingèrent (Cichero et al., 2017).

### **.2.3. Intérêt des boissons épaissies**

Les liquides tels que l'eau posent des problèmes de sécurité pour les personnes dysphagiques. La vitesse d'écoulement du bolus de la bouche vers l'œsophage peut être trop rapide empêchant la mise en place de la protection des voies respiratoires. Cela peut entraîner un risque de pénétration et/ou d'aspiration (Steele et al., 2015). Épaissir les boissons ralentit leur écoulement et donc leur passage dans les phases orale et pharyngée de la déglutition, favorisant une meilleure coordination. Lorsque celles-ci sont avalées, elles forment un bolus cohésif qui réduit le risque de fragmentation en de multiples gouttelettes, facilitant un écoulement sécurisé vers l'œsophage (Hadde & Chen, 2021b). La boisson épaissie peut être mieux contrôlée, réduisant les écoulements prématurés vers l'oropharynx et le risque de pénétration et/ou d'aspiration (Rule et al., 2020).

Les boissons présentent la caractéristique de ne pas nécessiter de mastication. Elles restent moins longtemps dans la bouche et, dans de nombreux cas, peuvent être avalées directement (Hadde & Chen, 2021b).

### **.2.4. Précautions**

Les personnes souffrant de dysphagie présentent un risque élevé de dénutrition. Il peut être difficile de combler les besoins nutritionnels avec des repas en textures modifiées (Wright et al., 2005). Les aliments mixés sont dilués avec de l'eau. Ils présentent ainsi des carences en nutriments et en fibres pouvant causer un risque nutritionnel. L'enrichissement des aliments mixés est suggéré pour compenser un apport insuffisant ou une faible densité nutritionnelle (Steele et al., 2015). De même, les boissons très épaisses apportent moins d'hydratation (Su et al., 2018). La consultation d'un diététicien ou d'un médecin nutritionniste est pertinente afin de s'assurer que l'alimentation contienne bien tous les nutriments nécessaires. Lorsque l'alimentation orale est insuffisante ou à risque, l'alimentation entérale peut être envisagée. Une alimentation orale et entérale (mixte) peut être proposée (Allepaerts et al., 2008 ; Roper et al., 2022).

L'épaississement des boissons réduit les risques de pénétration ou d'aspiration. Cependant, il existe un risque de présence de résidus en post-déglutition dans le pharynx lorsqu'il s'agit de consistances plus épaisses (Cichero et al., 2017 ; Steele et al., 2015).

Dans le cas où la texture ou la consistance des aliments est inappropriée, cela peut entraîner des risques de dénutrition et/ou de déshydratation, des infections des voies respiratoires dues à l'inhalation de particules alimentaires ou de bactéries buccales, une pneumonie d'inhalation voire de suffocation (Steele et al., 2015). Ainsi, afin d'améliorer la sécurité et la qualité de vie des patients, les textures modifiées doivent répondre aux besoins nutritionnels. Celles-ci doivent être préparées de

manière cohérente et conforme au niveau recommandé (Wu et al., 2022b).

Les aliments dont la texture a été modifiée présentent une teneur en nutriments variable, peuvent être moins attrayants et entraîner une réduction de la consommation alimentaire ou un suivi non conforme à l'alimentation (Steele et al., 2015). Lorsque les aliments sont soigneusement sélectionnés, on constate un impact positif sur les ingestas et le poids (Steele et al., 2015).

### **.3. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)**

#### **.3.1. Intérêt d'une standardisation internationale**

Les textures modifiées dans le cadre de la prise en soin de la dysphagie sont utilisées dans le monde entier. Elles constituent l'une des approches les plus courantes pour la prise en soin de la dysphagie. La variété des terminologies, des niveaux de texture différents, des caractéristiques pour décrire cette alimentation et la quantité de gammes d'épaississants d'aliments et de boissons sont nombreux et variés. Cette variabilité et cette non-standardisation au sein et entre les établissements de soins, les régions et les pays n'ont fait qu'accroître les confusions sur la prise en soin de la dysphagie mais aussi au sein du travail d'équipe multidisciplinaire ainsi que sur la communication (Dahlström et al., 2023). Les incohérences peuvent avoir un impact négatif sur la santé du patient (Rule et al., 2020).

Une terminologie standardisée de l'alimentation avec des noms et des définitions précises et protocolisées limiterait les confusions. Une amélioration de la sécurité des patients serait alors possible. La prise en soin serait plus efficace et permettrait de limiter les nombreuses réévaluations entre chaque établissement de santé lors du parcours du patient. La fabrication des produits adaptés et conformes à destination des personnes dysphagiques permettrait leur utilisation directe. Une standardisation internationale des textures adaptées aux dysphagies simplifierait la reproductibilité des études et donc augmenterait les données de la recherche. Cela faciliterait l'évolution des connaissances et des pratiques dans ce domaine afin d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques (Ruglio et al., 2017). Enfin, la multitude des standards nationaux et de leurs termes rend difficile la comparaison entre le standard d'un pays et celui d'un autre. Une standardisation internationale faciliterait les pratiques.

La mise à disposition de textures modifiées normalisées et cohérentes demeure compliquée dans la pratique. L'absence de terminologie et de descriptions normalisées contribue à une mauvaise prestation des services et augmente donc le risque d'événements indésirables, tels que l'étouffement ou la pneumonie d'inhalation (Wu et al., 2022a). L'importance d'une terminologie standardisée, universelle et compréhensible est un manque souvent décrit (Dahlström et al., 2023).

#### **.3.2. L'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)**

Afin de remédier aux incohérences de la pratique clinique et aux éventuelles ruptures de communication, une équipe multidisciplinaire mondiale a mis au point, depuis 2013, l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). L'IDDSI a élaboré une nouvelle terminologie standardisée et universelle. Cette terminologie propose un nombre fini de niveaux de textures d'aliments et d'épaississement de boissons avec un nom standardisé pour chaque niveau de texture. L'IDDSI est adaptée aux personnes dysphagiques de tous âges, dans tout type de structures de soins et au sein de toutes les cultures.

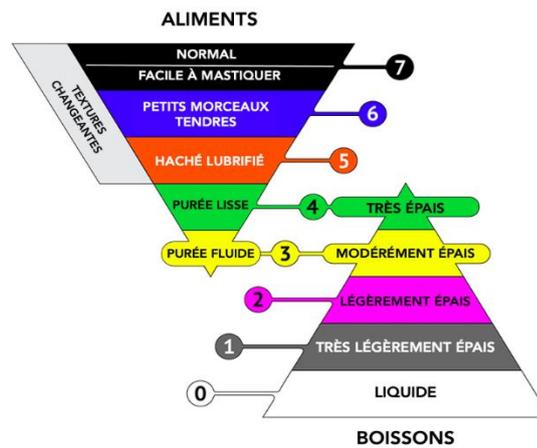
Les boissons et les aliments doivent être catégorisés en fonction des processus physiologiques impliqués dans la préparation orale, le transport oral et l'initiation du transit (Steele et al., 2015). Des ressources détaillées de méthodes de contrôle de texture pour chaque niveau de texture et un recueil de niveaux de preuve IDDSI sont disponibles. Elles peuvent être utilisées dans le processus de préparation des aliments et des boissons. Les méthodes de test sont validées et peuvent être réalisées sans équipement spécialisé ni formation pour chaque niveau d'aliment et de boisson (Wu et al., 2022a). Elles sont accompagnées d'aides visuelles. Des guides de mise en œuvre pour les professionnels, les services de restauration et l'industrie alimentaire ont été réalisés et sont disponibles dans plus de 25 langues ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)).

Un diagramme IDDSI des textures en dysphagie a été élaboré représentant une progression pour les aliments et les boissons, sur un continuum de 8 niveaux, allant du niveau zéro au niveau sept, sous forme de pyramides, comme l'illustre la Figure 1. Ces niveaux sont identifiés par des numéros, des libellés et un code couleur. Le diagramme est composé de deux pyramides inversées, l'une pour les aliments et l'autre pour les boissons. A la base de chaque pyramide, se trouvent les formes les moins modifiées des aliments et des boissons. Plus on avance vers le sommet, plus la modification de texture est importante. Le chevauchement des deux pyramides signifie que les boissons très épaisses de niveau quatre ont les mêmes propriétés d'écoulement que les aliments de niveau quatre, purée lisse. De plus, les boissons modérément épaisses de niveau trois équivalent aux aliments de niveau trois, purée fluide. Les textures changeantes correspondent aux aliments qui ont initialement une certaine texture et qui se modifient principalement lorsqu'ils sont humidifiés ou lors d'un changement de température. Une adaptation de la version originale anglaise au français parlé en France a été effectuée par un groupe de travail (Ruglio et al., 2017).

L'IDDSI est un projet à but non lucratif, développé par un groupe international et multidisciplinaire d'experts. Cette standardisation est fondée sur des données probantes (Cichero et al., 2017). Le nombre de niveaux de modification des aliments et des boissons ainsi que les différentes méthodes de test ont été sélectionnés à la suite d'une revue des recommandations existantes complétée par une consultation internationale sur les pratiques actuelles en matière de prise en soin de la dysphagie (2013). Une revue systématique de la littérature a ensuite été réalisée (2014). La rédaction d'une première version du diagramme IDDSI a été suivie d'un sondage afin de recueillir les retours et de le perfectionner par la suite (2015) (Ruglio et al., 2017).

Plusieurs méthodes de test sont indiquées par l'IDDSI, notamment les tests de débit, d'écoulement de la fourchette, d'inclinaison de la cuillère, de pression de la fourchette/cuillère, de la baguette chinoise et du doigt. Ces méthodes de mesure sont simples, accessibles et objectives et peuvent être utilisées par les personnes dysphagiques et leurs aidants, les cliniciens, les professionnels de la restauration, les chercheurs et l'industrie pour confirmer le niveau d'attribution d'un aliment ou d'une boisson.

L'IDDSI est une terminologie évolutive. Au fur et à mesure des recherches, des pratiques actuelles, de l'évolution de la technologie et des retours, le cadre sera affiné et les définitions seront détaillées. L'IDDSI constitue une plate-forme solide pour le développement de futures recherches dans le domaine de la dysphagie (Cichero et al., 2017).



« Figure 1. Diagramme IDDSI. Version française internationale - juillet 2022 (d'après www.iddsi.org) ».

### .3.3. Les boissons épaissies selon l'IDDSI

Les boissons épaissies sont classées en fonction de leur épaisseur et de leur capacité à s'écouler par gravité à l'aide d'une seringue (Hadde & Chen, 2021b). C'est une mesure objective et pratique (Cichero et al., 2017). Une seringue commune de dix millilitres doit être utilisée. Elle a été sélectionnée en raison de sa plus grande disponibilité et de son prix plus abordable au niveau mondial. Le flux descendant à travers la seringue dans un conduit étroit avec une sortie par un orifice restreint présente des analogies physiologiques avec le passage d'un bol alimentaire à travers le pharynx, suivi de son évacuation par le sphincter supérieur de l'œsophage (Cichero et al., 2017). La seringue doit être remplie de dix millilitres de liquide qu'il faut laisser s'écouler pendant dix secondes. La base du volume restant indique le niveau IDDSI de la boisson. Leur classification se fait en quatre niveaux. Le niveau zéro, liquide, s'écoule comme de l'eau et correspond à l'écoulement presque total de l'échantillon-test. Il doit rester moins d'un millilitre dans la seringue. Le niveau un, très légèrement épais, convient à un reste d'échantillon-test entre un et quatre millilitres dans la seringue. Lorsqu'il reste entre quatre et huit millilitres d'échantillon-test dans la seringue, cela correspond au niveau deux, légèrement épais. Le niveau trois, modérément épais, est conforme à un reste d'échantillon-test de plus de huit millilitres dans la seringue. Les tests d'égouttement à la fourchette ou à la cuillère inclinée peuvent également être utilisés. Enfin, pour le niveau quatre, très épais, le test d'écoulement à la seringue ne s'applique pas. Il est donc recommandé d'utiliser les tests d'égouttement à la fourchette ou d'inclinaison à la cuillère. L'écoulement à travers les dents d'une fourchette est évalué. L'échantillon ne doit pas couler ni s'égoutter en continu. Concernant le test à la cuillère inclinée, l'échantillon ne doit pas comporter d'adhésion ni de fermeté. Plus les niveaux montent, plus les efforts requis augmentent (www.iddsi.org).

### .3.4. Les aliments à texture modifiée selon l'IDDSI

La recherche nécessite souvent l'utilisation d'instruments sophistiqués et coûteux tels que les analyseurs de texture alimentaire pour évaluer les textures des aliments. Les descriptions détaillées des textures alimentaires sont privilégiées pour surmonter les obstacles liés à l'accès à ce type de matériel (www.iddsi.org).

Les descriptions des textures alimentaires et de leurs caractéristiques, selon l'IDDSI, ont été développées en se basant sur les terminologies nationales existantes ainsi que sur la littérature décrivant les propriétés à risque élevé de fausse route ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)).

Le niveau trois, purée fluide, correspond à un aliment de texture lisse sans petits morceaux. Le niveau quatre, purée lisse, est un aliment sans grumeaux et qui n'est pas collant. Aucune capacité de mastication n'est requise pour ces deux niveaux-ci. Le niveau cinq, haché lubrifié, correspond à un aliment tendre et lubrifié, sans liquide séparé. Des petits grumeaux sont visibles, allant d'une largeur inférieure ou égale à quatre millimètres et d'une longueur maximale de quinze millimètres pour les adultes. Une capacité de mastication minimale est requise. Le niveau six, petits morceaux tendres, correspond à un aliment tendre et lubrifié, sans liquide qui s'égoutte ou se sépare de l'aliment solide. La taille des petits morceaux tendres est adaptable allant jusqu'à quinze millimètres. Une capacité de mastication est requise. Enfin, le niveau 7, facile à mastiquer, est un aliment normal de texture tendre avec l'exclusion de certains types d'aliments. Le niveau sept, normal, est un aliment standard sans restriction. Une capacité à croquer et à mastiquer ces aliments est nécessaire ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)).

La fourchette est l'outil d'évaluation des aliments tendres, fermes ou durs. C'est un outil courant avec des dimensions cohérentes d'un pays à l'autre. Les espaces entre les dents d'une fourchette mesurent généralement quatre millimètres. La largeur d'une fourchette correspond à quinze millimètres (Rule et al., 2020). La taille des échantillons est ainsi spécifiée. La taille moyenne des particules des aliments mastiqués avant la déglutition est de deux à quatre millimètres ([www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)). Des méthodes d'analyse de la taille des aliments à l'aide de cet outil ont été créées. Le test d'égouttement à la fourchette est recommandé pour les aliments de niveaux trois. Un test de pression s'ajoute pour les niveaux quatre et cinq. Des tests de séparation et de pression à la fourchette sont préconisés pour les niveaux six et sept, facile à mastiquer. Les aliments doivent aussi pouvoir être coupés aisément avec la tranche d'une fourchette. Le test de pression de la fourchette est utilisé pour évaluer la malléabilité des aliments. Le niveau de pression, d'environ dix-sept kPa, exercée par une fourchette sur un échantillon d'aliment simule la force linguale au cours de la déglutition (Steele et al., 2014). La pression peut être évaluée en observant l'ongle du pouce pendant l'appui sur l'échantillon alimentaire. Lorsque l'ongle blanchit, la pression suffisante est atteinte pour observer des éventuels changements sur l'échantillon alimentaire. Les tests peuvent également être réalisés avec une cuillère pour déterminer notamment l'adhérence et la cohésion.

Une version du test a été produite pour les baguettes ainsi que pour les doigts afin de satisfaire les différentes cultures et offrir une certaine accessibilité (Rule et al., 2020).

### **.3.5. Mise en œuvre de l'IDDSI**

La mise en œuvre de l'IDDSI est envisagée et adoptée dans de nombreux pays (Wu et al., 2022a) (Su et al., 2018). Elle permet d'améliorer la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients. Elle nécessite tout de même un plan de mise en place spécifique.

Une approche cohérente et collaborative entre le personnel de restauration et le personnel clinique faciliterait une mise en œuvre réussie. Un soutien multidisciplinaire entre les services alimentaires, la médecine, les soins infirmiers, l'orthophonie et la diététique avec des réunions et des ateliers en petits groupes contribuerait à la réussite (Lam et al., 2017). Bien que les ressources que propose l'IDDSI soient faciles d'accès, il est important d'encourager le personnel à participer à des formations sur la dysphagie et les textures modifiées.

Un soutien de la part de la structure et du groupe encouragerait une généralisation de l'introduction

de l'IDDSI. Des stratégies de mise en œuvre structurelle sont nécessaires à la réussite de la mise en place de l'IDDSI. Cela améliorerait la qualité des soins et la sécurité des patients (Wu et al., 2022a).

## **Buts et hypothèses de l'étude**

Le but de ce mémoire était de réaliser un état des lieux sur la mise en place de l'IDDSI au sein d'établissements de santé des Hauts-de-France accueillant une population dysphagique. Nous avons formulé les hypothèses que l'implantation de l'IDDSI améliorerait la sécurité alimentaire des patients ainsi que la communication entre les professionnels et entre les établissements en conduisant à des pratiques standardisées. Nous avons émis également l'hypothèse qu'un besoin en formation subsisterait. L'analyse des données qualitatives sur les retours d'expérience issus des entretiens a fourni des pistes pour promouvoir et faciliter l'implémentation de l'IDDSI pour d'autres établissements. Nous avons mis en évidence les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en œuvre.

## **Méthode**

Nous avons choisi une approche qualitative avec une collecte des données par entretien semi-directif. Les données ont été recueillies auprès de professionnels travaillant en lien avec la mise en œuvre de l'IDDSI au sein de leur établissement de santé.

### **.1. Les entretiens semi-directifs**

#### **.1.1. Les objectifs**

L'entretien semi-directif favorise, par un échange privilégié avec le professionnel, l'expression des points de vue et des opinions personnelles. Le recueil des informations a permis d'approfondir les données théoriques à ce sujet. Le but était d'évaluer le niveau de connaissance et de compréhension de l'IDDSI. Une analyse des pratiques actuelles de l'établissement ainsi que des ressources matérielles et humaines disponibles a été réalisée. Les avantages ainsi que les obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre de l'IDDSI ont été recherchés. Une identification des besoins en formation et en sensibilisation du personnel concerné par rapport à l'application des normes de l'IDDSI a été effectuée.

#### **.1.2. Les participants**

##### **.1.2.1. Les critères de sélection**

Les critères d'inclusion étaient les établissements de santé ayant déjà mis en place des recommandations de l'IDDSI. Nous avons choisi de nous focaliser sur ces établissements car les professionnels qui y travaillaient disposaient d'une expérience pratique directe et de connaissances plus approfondies à ce sujet. Cela a permis de recueillir des données plus riches et précises. Une mise en place de l'IDDSI était considérée à partir du moment où un niveau de texture était proposé aux patients. Ces établissements devaient accueillir une population dysphagique, c'est-à-dire des personnes présentant des troubles de la déglutition et se situer dans la région des Hauts-de-France. Cela a permis de tenir compte des particularités locales qui peuvent influencer l'implémentation de l'IDDSI. Les participants devaient être des professionnels parlant français et impliqués directement

dans la prise en soin ou l'alimentation des patients atteints de dysphagie.

Les critères d'exclusion sont les établissements se situant en dehors de la région Hauts-de-France ou qui n'accueillent pas une population dysphagique. Les établissements qui ne mettent pas en place les recommandations de l'IDDSI ou qui envisagent de les mettre en œuvre sont exclus. Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) n'ont pas été inclus dans cette étude par manque de moyens au vu du nombre d'établissements de ce type dans la région (571).

### **.1.2.2. Les modalités de recrutement**

Nous avons sollicité le groupe de travail IDDSI qui n'a pas pu nous fournir de liste des établissements ayant implémenté l'IDDSI dans notre région. Nous avons intégré un groupe Facebook® nommé « L'IDDSI en France, Suisse & Belgique » qui a créé une carte collaborative recensant des établissements ayant débuté ou terminé la mise en place de l'IDDSI. Au moment des recherches, nous avons compté seulement quatre établissements recensés. Au vu du faible nombre d'établissements répertoriés sur cette carte, nous avons décidé de contacter directement les établissements afin d'agrandir le nombre de potentiels participants. Nous avons donc recensé les établissements de santé accueillant une population dysphagique se situant dans les Hauts-de-France à partir de recherches internet. Une recherche a été effectuée sur le moteur de recherches Google® : « gouvernement liste établissements de santé ». Une liste des 165 établissements de santé de la région a été créée à partir du site du Ministère de la Santé et de la Prévention. Seuls les départements se situant dans la région des Hauts-de-France ont été sélectionnés, c'est-à-dire les départements Nord (59), Pas-de-Calais (62), Oise (60), Aisne (02) et Somme (80). Chaque établissement de santé correspondant aux critères d'inclusion a été reporté dans un tableau Excel®. Nous avons privilégié l'appel téléphonique pour une première prise de contact. Cela a permis de trouver plus rapidement les établissements où l'IDDSI est instaurée. Une demande de contact vers le professionnel concerné, généralement l'orthophoniste ou le diététicien, a été formulée pour obtenir les informations quant à une possible mise en place des recommandations de l'IDDSI au sein de l'établissement. Une demande de participation a directement été adressée au professionnel le plus qualifié qui a, avec son accord, transmis ses informations de contact. Au total, douze professionnels ont donné leur accord pour participer à l'étude. Un courriel détaillé sur le déroulement des entretiens leur a été envoyé. Les professionnels concernés ont répondu à la demande de participation à un entretien sur la base du volontariat. Les dates et les modalités d'entretien ont été définies conjointement par la suite. Au cours du processus de recrutement, deux entretiens n'ont pas pu avoir lieu. L'un n'a pas pu être effectué en raison d'une absence de réponse malgré les relances. L'autre entretien a été annulé à cause d'un état des lieux de l'application de l'IDDSI au sein de l'établissement, réalisé, après coup, tardivement par rapport aux dates de l'étude.

### **.1.3. Les procédures de collecte**

Un entretien par professionnel a été réalisé. Celui-ci était d'une durée d'environ 30 minutes. L'écoute active a été privilégiée afin d'encourager l'expression sans l'influencer. Un enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone classique a été effectué afin de soulager la prise de notes et d'obtenir un échange le plus naturel possible. La plupart des entretiens se sont déroulés par visioconférence à travers la plateforme *RENdez-vous* (GIP RENATER, 2024) afin de faciliter la participation, l'optimisation du temps et de maintenir un cadre adapté. Certains entretiens ont été réalisés par appel téléphonique par manque de moyens technologiques ou par problèmes techniques. Un guide d'entretien a été conçu en amont afin de centrer le discours autour de différentes thématiques (cf. *Annexe 1*). Des questions simples, majoritairement ouvertes, ont été regroupées par thèmes selon une

progression logique allant du général au particulier. Les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre prévisionnel ou ont été légèrement modifiées afin de s'adapter aux professionnels et d'obtenir un échange le plus naturel possible.

#### **.1.4. L'analyse des données**

Le contenu des dix enregistrements a été transcrit mot pour mot à l'aide du logiciel *Pod* (*Pod*, 2024) afin d'analyser plus facilement les propos. L'analyse de contenu thématique a été privilégiée afin d'étudier les données. Chaque entretien a été relu activement. Les verbatims de différentes catégories revenant de manière récurrente ont été mis en évidence. Les thèmes ainsi que les pistes de réflexion lors de la lecture des propos des participants ont été notés. Les thèmes correspondaient à ceux définis dans le guide d'entretien. Des sous-catégories ont également été ajoutées à la liste initiale au fil de l'analyse. Une phase de codage a suivi ce processus afin de catégoriser et comparer les informations récoltées. Les données des entretiens ont été analysées de manière thématique au sein d'un tableau afin de mettre en évidence les verbatims. L'analyse a permis de répondre aux objectifs, de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises et d'inclure de nouvelles variables non envisagées.

La grille COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research), guide standardisé, a été utilisée pour évaluer la transparence et la qualité de cette étude qualitative (cf. *Annexe 2*).

#### **.1.5. Les considérations éthiques**

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2024-166 au registre des traitements de l'Université de Lille. Une lettre d'information a été remise en amont des entretiens (cf. *Annexe 3*). L'utilisation d'un dictaphone classique a été privilégiée. Afin de respecter la confidentialité, les données ont été sécurisées par le chiffrement des enregistrements à travers le logiciel *Veracrypt* (*VeraCrypt*, 2025). Elles ont été exploitées de façon anonyme et ont été supprimées à l'issue de la soutenance. Chaque professionnel a été anonymisé par les codes P1 à P10 pour participant 1 à participant 10.

## **Résultats**

Cette section présente les résultats issus de l'analyse de contenu thématique des entretiens semi-directifs. Les principales thématiques identifiées y sont présentées, en lien avec les questions de recherche initiales, afin de rendre compte des perceptions et expériences des participants. Certains verbatims de P1 à P10 illustrent les thématiques soulevées.

### **.1. Caractéristiques des structures et des participants**

#### **.1.1. Présentation de l'échantillon et contexte de recueil des données**

Nous avons donc sollicité 165 établissements de soin afin de prendre contact avec les professionnels ciblés. Nous avons pu réaliser 10 entretiens au total entre le 22 janvier et le 13 mars 2025.

Les établissements de santé étaient situés dans la région Hauts-de-France, soient les départements Nord (59), Pas-de-Calais (62), Oise (60), Aisne (02) et Somme (80). Les participants étaient composés de six orthophonistes, trois diététiciens ainsi que d'un responsable adjoint de restauration possédant une formation de diététicien. La durée d'exercice variait de 6 mois à 37 ans.

Les professionnels étaient tous salariés des établissements. Sur les dix établissements, six établissements étaient des Centres Hospitaliers (CH) et les quatre autres étaient un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), un groupe hospitalier, un hôpital et des SMR (Soins Médicaux de Réadaptation). Le tableau 1 illustre ces caractéristiques.

**Tableau 1**

*Caractéristiques des participants*

| Profession                          | Genre | Durée d'exercice | Type d'établissement             | Région d'exercice  |
|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------------------|--------------------|
| Orthophoniste                       | F     | 3 ans            | Centre Hospitalier               | Somme (80)         |
| Orthophoniste                       | F     | 12 ans           | Centre Hospitalier               | Nord (59)          |
| Orthophoniste                       | F     | 2 ans            | Centre Hospitalier Universitaire | Somme (80)         |
| Orthophoniste                       | F     | 21 ans           | Centre Hospitalier               | Nord (59)          |
| Orthophoniste                       | F     | 14 ans           | Soins Médicaux de Réadaptation   | Oise (60)          |
| Orthophoniste                       | F     | 5 ans            | Hôpital                          | Nord (59)          |
| Diététicien                         | H     | 20 ans           | Centre Hospitalier               | Aisne (02)         |
| Diététicien                         | F     | 12 ans           | Centre Hospitalier               | Pas-de-Calais (62) |
| Diététicien                         | F     | 6 mois           | Centre Hospitalier               | Nord (59)          |
| Responsable adjoint de restauration | H     | 37 ans           | Centre Hospitalier               | Pas-de-Calais (62) |

Certaines questions se sont avérées complexes à traiter pour quelques participants en raison de leur arrivée récente au sein de l'établissement, après l'instauration de l'IDDSI.

### **.1.2. Services d'intervention**

Les services dans lesquels les professionnels travaillaient étaient essentiellement la neurologie, l'unité de soins continus, les SMR, la réanimation, les services de médecine, la pneumologie, la gériatrie ainsi que dans l'EHPAD rattaché, « *Services d'UNV, gériatrie, réanimation, médecine polyvalente, pneumologie* » (P8), « *Principalement en neurologie et en EHPAD et SMR.* » (P10). Certains travaillaient également en fonction des demandes des autres professionnels, « *et autres services de l'hôpital en fonction des demandes.* » (P3).

### **.1.3. Rôle des participants en lien avec l'IDDSI**

Les orthophonistes intervenaient auprès de patients présentant des troubles de déglutition. Sollicités par l'équipe soignante et sous prescription médicale, elles réalisaient des bilans de déglutition, proposaient des adaptations de texture et assuraient une prise en soin si nécessaire, « *Les services m'appellent, je vois les patients pour faire des bilans de déglutition et proposer des adaptations de texture.* » (P1), « *et la prise en charge éventuellement* » (P3), « *Tester éventuellement des évolutions des adaptations alimentaires, voir un petit peu au niveau de l'environnement comment on peut adapter pour sécuriser la prise alimentaire du patient. Il y a aussi beaucoup d'éducation auprès des familles avec des remises de documents.* » (P6). La sensibilisation et la formation des équipes à ce sujet faisaient partie intégrante de leur rôle.

Les diététiciens intervenaient principalement pour réaliser des « *adaptations des régimes et des*

textures » (P9) afin de « proposer la texture la plus adaptée au patient en faisant appel au médecin, à l'ergothérapeute et à l'orthophoniste » (P7). Leur rôle consistait également à « transformer les textures en revoyant le contenu des menus standards pour les adapter à l'IDDSI » (P2).

Le rôle du responsable adjoint de restauration était la « gestion de la production » (P10).

## **.2. Lien des participants et de leurs collègues avec l'IDDSI**

### **.2.1. Familiarité de l'IDDSI et de ses recommandations**

Les participants estimaient posséder suffisamment de connaissances concernant les recommandations de l'IDDSI, « Normalement ça va. Parce que je suis familière dans le sens où quand on fait nos préconisations, on le fait dans les appellations. » (P4), « Je pense que je commence à maîtriser quand même pas mal. » (P8). Ils ressentait tout de même le besoin d'examiner à nouveau certains aspects, « Il faudrait que je revoie un peu quand même parce que j'ai l'impression que ça a rechangé récemment. » (P8), « je vais devoir me remettre dedans » (P2).

Des participants étaient à l'origine du projet de mise en place, « J'ai envie de dire que j'étais un peu pilote du projet sur le projet de 2024. » (P3), tandis que d'autres le reprenaient, « Je suis arrivée au moment où c'était mis en place. » (P1).

### **.2.2. Formation des professionnels interrogés**

Le site de l'IDDSI constituait la source la plus courante de formation car « Tous les documents étaient à disposition [...] Toute la mise en place, un guidage en termes d'objectifs, de timing plus ou moins. Et après il y avait des informations sur les tests de pression, les aliments, etc. » (P3). Des professionnels avaient également suivi des formations en lien, « formation IDDSI » (P2), « J'ai eu une formation sur les textures et qui m'a permis un petit peu de comprendre toutes les difficultés qu'on pouvait avoir. » (P10). La formation par des collègues, des partenaires commerciaux ou encore sur des groupes Facebook® était fréquent, « J'ai réappris là en rentrant à l'hôpital en fait avec la restauration. » (P7), « par l'hôpital j'ai des trucs [...] avec Nestlé ou NutriSens » (P5), « je me suis formée auprès de mes collègues qui étaient déjà là » (P4). La combinaison de plusieurs ressources pour se former restait essentiel, « Formations, webinaires, impression de la documentation IDDSI, groupes Facebook® » (P6). L'IDDSI a parfois été introduite en cours, « On a été sensibilisées lors des études. » (P6) mais parfois n'était pas présentée, « Je ne me souviens pas l'avoir étudiée. » (P7).

### **.2.3. Membres du personnel et IDDSI**

Les orthophonistes et les diététiciens étaient généralement les membres du personnel les plus formés, « Orthophonistes et diététiciennes » (P6). Le reste du personnel, notamment les aides-soignants, les infirmiers et les médecins étaient, pour la plupart, sensibilisés, « les aides-soignantes et les infirmières [...] normalement elles sont déjà au courant dans le sens où on leur parle en texture IDDSI [...] Elles sont sensibilisées à ça, mais elles ne sont pas forcément expertes du problème. » (P4), « maintenant que c'est mis en place [...] les médecins commencent à adapter vraiment leur prescription en fonction des niveaux IDDSI. » (P3). Certains professionnels avaient tout de même peu de notions, « Pas beaucoup [...] c'est vraiment une notion qui commence à arriver. » (P10), « j'étais assez étonnée de voir qu'il y avait des diététiciennes qui ne connaissaient pas. » (P5).

### **.2.4. Formation des autres membres de l'équipe**

La sensibilisation et la formation auprès des autres professionnels se déroulaient, en partie, sous forme d'ateliers, « leur expliquer ce qu'est l'IDDSI, la démarche, qu'est-ce qu'on cherche à obtenir » (P6), « il y a quand même pas mal de soignants et de soignants infirmiers qui ont entendu parler et

qui ont été impliqués dans les tests aussi. », « des petits ateliers dans les services de soins » (P2). Les stagiaires étaient également impliqués, « j'en parle beaucoup à mes stagiaires » (P5). Les formations en troubles de déglutition et sur l'IDDSI étaient souvent coordonnées, « pour qu'elles puissent aussi faire [...] des tests de première ligne et qu'elles comprennent les adaptations qu'on leur propose, que ce soit des adaptations de textures, les adaptations comportementales, les adaptations de l'environnement, etc. » (P5). Toutefois, rares étaient ceux qui ne participaient pas à la formation des collègues, « Non. » (P7).

La mention seule du niveau de l'IDDSI correspondant à la texture se révélait peu efficace, « J'essaie de mettre le numéro de l'IDDSI qui correspond quand je mets le nom de la texture pour les sensibiliser. C'est pas forcément très efficace. » (P1).

L'intégration des nouvelles pratiques reposait sur l'apprentissage, la répétition et un accompagnement dans la durée, « faire en sorte que ça soit intégré naturellement par les équipes, donc il faut répéter, leur montrer que c'est bien [...] vu qu'il y a beaucoup de changements d'équipe, il faudrait réexpliquer à tout le monde, que ça soit intégré par tout le monde, et que tout le monde puisse s'en servir de manière adaptée. » (P1).

Les participants soulignaient l'importance d'en parler, « ça serait bien d'en parler quand vous touchez un maximum de thérapeutes dans des hôpitaux différents » (P5) et de sensibiliser les professionnels dès leurs études, « on pourrait peut-être sensibiliser [...] Plus on en parle tôt, plus il y aura d'éléments moteurs dans les structures pour mettre en place tout ça. » (P8).

## **.2.5. Besoins en formation et sensibilisation du personnel**

Les formation et sensibilisation du personnel étaient cruciales, « Oui. Il y a des besoins. Beaucoup. Vu qu'on est très peu connus dans le domaine, et il y en a beaucoup qui s'en saisissent en pensant savoir-faire, et bien là, il y a des soucis [...] c'est plus compliqué que ça. Il y a plein de paramètres à prendre en compte. » (P1), « Ça serait bien. J'imagine là, je suis seule, je l'aurais pas fait. » (P3).

## **.3. Mise en place de l'IDDSI au sein de l'établissement**

### **.3.1. Facteur(s) à l'origine de l'instauration de l'IDDSI**

L'IDDSI a été intégrée afin de se référer aux normes internationales et donc d'uniformiser les pratiques concernant l'adaptation de textures, « Uniformiser. Pour que l'on ne se retrouve pas avec des semi-textures et que ça pose problème aux patients. » (P7), « Pour se conformer aux préconisations internationales » (P4), « avoir une prise en charge complète des patients. » (P10).

L'adoption de ce projet avait également pour but de limiter les confusions en permettant une meilleure communication au sein de l'équipe et entre les établissements, « Pour que tout le monde utilise la même nomenclature pour enfin être raccord dans tous les établissements » (P8), « Il n'y a pas du tout de cohésion entre nos différents termes utilisés. On était vraiment hyper perdus au niveau des transferts inter-patients. » (P2).

Une prise en soin du patient dysphagique plus efficace était souhaitée en limitant les nombreuses réévaluations entre chaque établissement pour déterminer la texture alimentaire qui conviendrait, « c'était problématique parce que du coup les patients qui arrivaient chez nous, ils étaient tous remis en mixé le temps qu'on puisse les réévaluer et c'est du temps de perdu pour nous » (P6).

Un désir d'améliorer la qualité de la prise des repas des patients avait motivé la mise en place, « on va améliorer la prise alimentaire » (P10), « on voudrait que ce qui soit servi aux patients soit adapté à des dysphagies » (P8). Les professionnels souhaitaient ainsi diminuer la quantité de déchet, « moins de déchets » (P10).

L'adoption de l'IDDSI visait à faciliter le travail des professionnels, « *On arrête de se prendre la tête et de décider nous-mêmes de plein de choses on s'est dit, en fait, on va s'en référer à ce qui est écrit.* » (P5).

### **3.2. Professionnels impliqués**

Les professionnels œuvrant pour l'instauration de l'IDDSI étaient principalement l'orthophoniste, le diététicien et le cuisinier, « *il y avait donc le chef de cuisine qui avait participé à toute la partie cuisine et ensuite il y a une diététicienne qui a géré plutôt toute la partie la mise en place des nouveaux plats, des nouvelles textures directement au niveau du logiciel et il a fallu faire pas mal de changements au niveau des fabricants. Donc c'est une collègue diététicienne qui avait pris la gestion de cette partie-là.* » (P3), « *Orthophonistes, diététiciennes, chef cuisinier pour l'instant.* » (P6), « *je peux établir les plateaux, le régime adapté pour le patient avec les recommandations de l'orthophoniste* » (P7).

Toute l'équipe soignante pouvait également participer à l'élaboration du projet, « *Les diététiciens font souvent appel à moi pour donner leur avis sur les nouveaux prestataires. Souvent, on récupère l'avis des équipes, ce qui ne va pas et ce qui les a choqués sur la texture pour les modifier.* » (P1), « *Diététiciennes, aides-soignantes, les infirmiers, les médecins et le patient.* » (P4) ainsi que le « *chef de la direction* » (P9).

La plupart des professionnels pouvait se coordonner pour l'application de l'IDDSI, « *Avec la diététicienne [...] on a fait tous les tests et le recensement des aliments [...] moi-même, l'orthophoniste et une collègue, on a géré aussi tous les changements de recettes pour qu'ils appartiennent au niveau des normes [...] la direction pour tout ce qui était le changement de certains marchés au niveau des fabricants. Le codage dans le dossier patient informatisé, on a eu, à un moment donné, l'intervention de l'informatique. Donc, tout le monde y a touché un petit peu.* » (P3).

### **3.3. Niveaux de l'IDDSI mis en place**

La durée de mise en place de l'IDDSI variait d'un à cinq ans dans les établissements interrogés. Certains avaient déjà instauré l'ensemble des niveaux tandis que d'autres continuaient d'en introduire.

L'introduction des niveaux IDDSI de boissons, en premier lieu, était motivée par la facilité de mise en œuvre, « *elle nous avait déjà conseillé, à cette époque, la formatrice de commencer par l'hydratation, c'est, on va dire, le plus simple. Donc, effectivement, ça permet de mettre un pied là-dedans sans pour autant tout chambouler pour tout le monde.* » (P2).

L'introduction première des niveaux IDDSI d'aliments était justifiée par la demande, « *de toute façon, il y a une demande des services pour ce type de texture.* » (P10). Un nombre suffisant de patients concernés par un niveau de texture était nécessaire pour que celui-ci soit mis en place, en raison de la charge de travail, « *ça allait faire beaucoup pour très peu de patients* » (P3), « *avoir suffisamment de production pour pouvoir les faire* » (P10).

Le niveau 0 de l'IDDSI était appliqué au sein de chaque établissement. Une partie n'avait mis en place que les adaptations de boissons, pour l'instant, « *0 à 4* » (P9). D'autres n'avaient que des adaptations d'aliments, « *IDDSI 4, 5, 6, 7.* » (P1). Enfin, plusieurs établissements de santé avaient instauré l'adaptation de boissons ainsi que d'aliments, « *on a mis en place au niveau de l'épaississement des liquides, on a donc tous les niveaux. On a le 0, 1, 2, 3 et 4. Au niveau des aliments, on a le 4, 5, 6, 7, 7 facile à mastiquer.* » (P3).

### **.3.4. Procédures d'adaptation**

#### **.3.4.1. Procédures concernant l'épaississement des boissons**

Des protocoles d'épaississement ont généralement été créés pour les boissons. Les démarches à effectuer ainsi que la quantité requise d'épaississant pour correspondre à un niveau précis de l'IDDSI étaient mentionnés pour différents types de boisson, « *On a créé le protocole d'épaississement.* » (P2). Ces protocoles étaient souvent à disposition des soignants en version papier ainsi que sur la plateforme de l'établissement, « *Il est disponible sur notre plateforme qu'on a [...] Après moi je l'ai imprimé, je l'ai mis dans mon service pour les soignants.* » (P2).

Les préconisations du produit d'épaississement servaient tout de même de référence, « *On a de l'épaississant en boîte, qui marche très bien et qui ajuste bien les grades.* » (P9).

Une différence de résultat entre des boissons froides, tièdes et chauffées était constatée, « *on n'avait pas le même résultat avec du réchauffé, à la seringue, etc. Et quand on faisait chauffer ou quand on ne faisait pas chauffer.* », « *Un complément qui est très frais, il va être plus épais qu'un complément en température ambiante* » (P2).

#### **.3.4.2. Procédures relatives à l'adaptation des aliments**

Les professionnels effectuaient des tests avant d'introduire un nouveau produit, « *il faut toujours refaire les tests, revérifier chaque fois qu'il y a un nouveau prestataire.* » (P1), « *on teste une fois, entre nous, et ensuite on fait des essais de réchauffé, de remise en température. Et après, avant de mettre de façon globale, on va déjà tester une fois, avoir le retour des services, etc.* » (P10).

La totalité ou une partie des productions des prestataires étaient utilisées sans y effectuer de modifications, « *on utilise les productions actuelles et en fonction de la texture des différentes recettes, on va proposer ou pas les plats.* » (P10). De légers changements étaient apportés occasionnellement, « *Ils font pas de manipulations en soi. En fait, ils préparent principalement les sauces et après, il y a certaines cuissons qu'ils font, mais la découpe, ils la font pas.* » (P4). En cas de produits non conformes aux attentes ou pour plus de facilités en cuisine, des professionnels procédaient à un échange avec le fournisseur, « *On a revu avec le fabricant pour pouvoir changer l'unité sur le marché. Mais, en général, on a réussi à avoir un autre à la place.* » (P3), « *il y a le moins de découpes possible en cuisine puisque [...] plus c'est petit et plus il y a de découpes, plus la surface est à risque pour avoir le développement de bactéries [...] pour le coup, c'est plutôt de se rapprocher de fournisseurs qui peuvent fournir des choses déjà coupées* » (P4).

Certaines procédures étaient effectuées après le service des repas, « *C'est fait après le service, en fait, si on veut couper, si on a un régime en petits morceaux.* » (P1).

Des ajustements pouvaient être effectués sur un niveau de texture pour le faire correspondre à un niveau différent, « *Le 3, c'est de la purée lisse donc ça va être plutôt de la sauce qu'on va rajouter sur du 4, la soupe, de la crème, du bouillon.* » (P1).

Des adaptations de certains niveaux par les professionnels étaient effectuées, « *dans notre niveau IDDSI 6, notre viande, elle est moulinée.* » (P5).

En raison de leur nature ou de leur mode de cuisson, certains aliments n'étaient pas conformes aux critères du niveau de texture. La cuisson jouait un rôle important dans l'adéquation aux normes définies. Selon le mode de préparation, certains aliments initialement considérés comme conformes pouvaient devenir inadaptés. Ainsi, certains aliments étaient enlevés non pas à cause de leur nature mais des techniques de cuisson qui modifiaient leur texture, « *il y a des aliments qu'on retirait avant parce que c'était considéré comme aliments à risque tels que le riz, semoule, lentilles* » (P6), « *j'essaie de jouer sur le reste en enlevant les choses que je ne sens pas du tout parce que je sais que la cuisson est pas bonne* » (P1).

Le repas pris seul par le patient dysphagique était un facteur pris en considération dans la proposition d'aliments, « *c'est différent quand le patient a son plat au repas et qu'il n'y a personne qui lui donne à manger et qui surveille. Ça sera plus risqué de mettre une certaine texture. [...] il y a plein de textures que je pourrais proposer aux patients qui sont plus élevées.* » (P1).

Il était primordial d'avoir du matériel adapté afin d'améliorer les adaptations, « *avoir du bon matériel adapté [...] utiliser les ustensiles adaptés pour qu'ils puissent être autonomes. Et pour que l'intérêt de l'adaptation de la texture soit optimal.* » (P1).

### **.3.5. Niveau le plus compliqué à mettre en place**

L'adaptation des boissons n'a posé aucune difficulté notable pour les participants l'ayant instaurée, « *Non, on a fait que l'hydratation donc ça a été.* » (P2).

Le niveau 6 a été le plus difficile à mettre en place dans les établissements ayant établi les adaptations des aliments, « *Le 6, il est quand même assez technique.* » (P10). En effet, de nombreux aliments n'étaient pas conformes aux recommandations, ce qui a restreint l'offre alimentaire et nécessité une réflexion approfondie pour l'agrandir, « *pour le niveau 6 [...] il y avait beaucoup d'aliments qui ne passaient pas nos tests [...] on s'était vraiment retrouvés avec très peu d'aliments [...] je pense que c'est vraiment un niveau qui nous a un peu plus creusé la tête et on a dû réfléchir à d'autres aliments, à des modes de cuisson, etc.* » (P3). La petite taille des aliments apportait des contraintes, « *petits morceaux tendres [...] a le plus de contraintes dans le sens, où c'est à la fois des morceaux mais, en même temps, on voit pas tant que ça. C'est plus difficile à mettre en place.* » (P4). Les cuisiniers pouvaient rencontrer des difficultés à obtenir des petits morceaux tendres de viande. Au vu des contraintes, la viande pouvait être laissée en moulinée dans le niveau 6, « *le 6 c'est là où on a dû un peu adapter [...] on a essayé mais c'était très compliqué d'obtenir des petits morceaux tendres de viande. Parce que du coup c'était trop dur, soit filandreux [...] on a décidé d'un commun accord de laisser la viande moulinée.* » (P5). La logistique pour la coupe des morceaux par les soignants entraînait des complications, « *ça sera aussi les soignants qui vont être amenés à aider le patient. Parce que ça arrive pas déjà en morceaux chez nous. Ça va être plus, toute cette logistique là je pense qu'il va être difficile à mettre en place.* » (P2).

Le niveau 5 était également le plus compliqué à mettre en place en raison des recommandations complexes, « *texture numéro 5, finalement, qui nous pose problème puisque dans le cahier des charges, elle est assez complexe* » (P9). L'instauration de ce niveau pouvait entraîner des difficultés en raison des aspects techniques et visuels ainsi que du manque de personnel, « *Ce qui va nous poser plus de problèmes c'est le 5. Parce que l'aspect visuel et parce que le manque de cuisinier. La technique, le personnel et le visuel.* » (P6).

### **.3.6. Avenir envisagé**

Des professionnels souhaitaient que les niveaux de texture établis soient parfaitement conformes aux recommandations, « *c'est plutôt respecter les trucs, vérifier que tous les repas qui sont proposés correspondent bien.* » (P4), « *essayer de modifier éventuellement les menus, de modifier les assiettes, de trouver des techniques pour éviter le fait que le réchauffage assèche les choses* » (P8).

L'envie d'enrichir la gamme de produits disponibles visait à offrir davantage de choix et à mieux répondre aux besoins variés des patients, « *l'objectif en ce moment, c'est d'étoffer la carte du coup surtout du petit morceau tendre parce que c'est celui sur lequel on pêche pour l'instant et c'est aussi de trouver des choses en plus à rajouter.* » (P4).

La mise en place d'un nouveau niveau restait essentielle, « *développer la fameuse texture 5 chez nous cette année* » (P9). Cependant, l'ajout d'un niveau supplémentaire pouvait amener des doutes

en raison du travail que cela impliquait et des possibles confusions engendrées, « *Il y a quand même de l'échange. Et je me dis, chambouler l'équilibre, rajouter un niveau, ça veut dire qu'il faut revoir ça avec les cuisines [...] on leur en demande toujours plus avec de moins en moins de moyens et de personnels et financiers. Je me dis là ça roule. Est-ce qu'on peut pas se satisfaire de ça ?* » (P5).

Une volonté d'encourager d'autres établissements à s'engager dans la mise en place de l'IDDSI était un espoir de promouvoir de meilleures pratiques, « *proposer à d'autres hôpitaux [...] de tenter l'expérience aussi et les motiver à passer le pas* » (P3).

### **.3.7. Particularités et besoins d'adaptation des recommandations auprès de la population gériatrique**

#### **.3.7.1. Particularités potentielles observées**

Les textures dans les établissements où la population gériatrique était majoritaire répondaient déjà en grande partie aux besoins de ces patients, « *théoriquement, on n'est pas non plus sur de la viande trop dure, parce qu'on sait qu'on est avec une population âgée. En fait, tout est plus ou moins adapté pour la personne âgée, j'ai l'impression.* » (P1).

Les professionnels proposaient fréquemment le niveau 7, facile à mastiquer aux patients gériatriques. Cela permettait de proposer une diversité d'aliments tout en évitant les aliments à risque, « *Ils sont souvent mis en facile à mastiquer [...] ça permet quand même de garder une bonne variété de choses. Et en plus, ça élimine des dispersibles et des choses trop dures à mâcher.* » (P4).

Les patients de cette population, en provenance des hôpitaux, arrivaient fréquemment avec une alimentation en texture purée lisse. En rééducation, ces patients, avec une prise en soin de la déglutition, passaient au niveau 6 puis 7. En revanche, lorsqu'ils étaient à l'EHPAD, il était difficile de passer à un niveau de texture supérieur, « *ici, en rééducation, très souvent, ils arrivent là pour le coup, ils sont en mixé parce qu'ils viennent des hôpitaux. Et, du coup, on les récupère en IDDSI 4 [...] on arrive en travaillant la déglutition à les faire passer en 6 puis en 7. Alors qu'en EHPAD quand on est obligé de les passer en IDDSI 4, enfin 6 ou 4, on a du mal à remonter la pente.* » (P5).

L'application de l'IDDSI ne nécessitait pas d'adaptations particulières pour cette population dans des établissements, « *Après, au niveau des soignants, voilà si la prescription de la texture c'est ça, ils vont faire la même chose, que ça soit un patient gériatrique ou un autre.* » (P2).

#### **.3.7.2. Potentiel(s) besoin(s) d'adaptation ou de complétion des recommandations**

Le niveau 7, facile à mastiquer, suffisait généralement pour cette population, « *on le met dans le facile à mastiquer, ça permet d'avoir quand même un repas qui est varié, avec des morceaux, avec tout ce qu'il faut, qui est quand même assez naturel et qui se rapproche d'un repas classique, juste on a enlevé ce qui était à risque et ce qu'ils n'ont pas besoin.* » (P4).

Les offres des prestataires étaient souvent destinées à un large public et manquaient de spécificités, « *c'est souvent des prestataires qui sont adaptés à tout public et pas que à la personne âgée [...] ils n'ont pas de gamme spécifique, j'ai l'impression, pour certains types de populations.* » (P1).

## **.4. Communication et pratiques**

### **.4.1. Communication des changements auprès des collègues, patients dysphagiques et familles**

Les participants échangeaient au moins oralement avec l'équipe soignante, « *Quand il y a un changement, je vois avec l'équipe soignante.* » (P7). Ils recouraient également souvent à l'utilisation de supports écrits, « *Je faisais des papiers où je mettais le lien entre les nouvelles textures.* » (P1). La

communication se faisait à travers les transmissions, « *on fait le résumé de notre bilan, nos suivis. Et après, en dessous, on met la texture alimentaire, le nom plus le numéro IDDSI associé. Pareil pour l'hydratation.* » (P4). Les professionnels se coordonnaient pour constituer un cahier des charges, « *on s'est mis d'accord sur un cahier des charges* » pour « *établir le profil alimentaire* » (P10). Le diagramme IDDSI était à disposition de l'équipe soignante et des familles, « *elles ont le récapitulatif IDDSI dans leur salle de soins, comme ça, si on leur dit un mot, elles peuvent savoir à peu près où c'est.* » (P4), « *pour les familles, on leur donne également la pyramide.* » (P3). Des livrets à destination d'une population spécifique avaient également été créés. Les professionnels concevaient des mémos « *pour les médecins, pour les guider dans leur prescription médicale [...] pour les soignants, donc avec les nouveaux termes, et ce qu'il y avait éventuellement à faire* » (P3). Des livrets de déglutition étaient mis à disposition des patients dysphagiques et de leur famille « *qui permet de répertorier [...] la texture alimentaire, ce à quoi ça correspond, les aliments qui conviennent dedans, les aliments qui ne conviennent pas, qui sont exclus ou qu'il faut adapter.* » (P5). La sensibilisation en amont était primordiale afin de « *mettre du sens sur ce qu'ils font* » (P5).

#### **.4.2. Impact de l'IDDSI sur la communication interprofessionnelle au sein de l'équipe**

L'IDDSI améliorait la communication interprofessionnelle au sein de l'équipe, « *ça uniformise* » (P4), « *Disons qu'on parle vraiment tous de la même chose. Donc, déjà que ça a facilité aussi au niveau médical, paramédical. Je pense que ça a vraiment facilité les terminologies.* » (P3). Toutefois, le changement de terminologie avait été difficile à intégrer pour l'équipe soignante. La modification des pratiques s'était avérée complexe. L'abandon des anciennes appellations a été particulièrement difficile. Il arrivait même que ces dernières soient encore utilisées occasionnellement, « *Les infirmières, les premières semaines, on a eu un tout petit peu de mal à passer d'une texture à l'autre, malgré qu'on ait essayé de former un maximum de personnel.* » (P3), « *ils ont du mal à intégrer les numéros, les textures [...] ils ne comprennent pas à quoi ça correspond. Donc, je trouve qu'il y a toujours, quand même, des problèmes de communication sur ça.* » (P1). La terminologie du niveau 7, facile à mastiquer, portait à confusion. Les soignants pensaient que cela référait à un niveau inférieur du niveau 6, petits morceaux tendres, « *l'appellation facile à mastiquer, il y en a plein qui pensent que c'est en dessous de petits morceaux tendres. Donc l'appellation de celui-là complexifie les transmissions* » (P4).

#### **.4.3. Retours d'expérience de la part du personnel, des patients dysphagiques et de leur famille**

La transmission d'informations et de conseils sur les adaptations possibles était généralement bien accueillie par les soignants, les soutenant dans leur démarche, « *le fait de leur donner des informations sur ce qu'ils peuvent faire pour adapter. En général, ils sont contents parce que ça leur donne des informations, des conseils.* » (P1), « *c'est plutôt quand nous, on vient les voir et on leur parle d'un truc très précis. Et du coup, c'est des représentations concrètes qu'elles ont eues et du coup progressivement, elles se représentent ce que c'est, ce qui va, ce qui va pas, etc.* » (P4).

La mise à disposition des protocoles d'épaississement de boissons ainsi que du diagramme IDDSI aidait les soignants, « *des collègues qui disent que le protocole c'est plus simple parce qu'en fait, avant, chacun faisait un petit peu à sa sauce. Là, c'est plus homogène pour tout le monde. Donc c'est un facilitant.* » (P2), « *Autant le diagramme plus les photos qui sont associées ça les aide bien à se repérer, autant sans, pas trop.* » (P4).

Le maintien des adaptations de texture après le retour à domicile était difficile, « *les textures*

*sont un peu moins bien respectées [...] les aidants, les proches sont pas forcément informés quand c'est eux qui font à manger [...] les moyens sont limités aux domiciles. » (P7).*

#### **4.4. Influence de l'IDDSI sur la pratique quotidienne**

L'IDDSI était devenu un référentiel afin de proposer des textures plus adaptées, « *Ça l'a influencé dans le souci de bien faire au niveau de la sécurisation aussi des textures au niveau du patient. » (P2), « Ça a remis en question ce qui était déjà mis en place [...]. On se rendait bien compte qu'il y avait des difficultés dans les textures, mais réellement, personne ne nous donnait de direction. » (P9).* Cette standardisation rassurait les professionnels, « *ça nous protège, ça nous rassure et donc on peut rassurer le patient » (P7).*

L'IDDSI avait facilité la proposition de transitions plus progressives et sécuritaires, « *il y aurait eu beaucoup moins de transitions et on serait passé du mixé à normal [...] ce serait plus ou moins adapté » (P1).*

Cette standardisation avait contribué à l'enrichissement de la gamme d'aliments proposés aux patients, « *Pour que ce soit à la fois un peu plus sécuritaire et à la fois un peu plus diversifié pour les patients. » (P6), « par rapport à nos anciennes terminologies, on a gagné certains aliments [...] on a plus de choix dans les assiettes pour le niveau 5, en tout cas, chez nous. » (P3).*

L'IDDSI avait permis d'oser proposer plus facilement l'évolution du régime alimentaire pour les patients, « *Avant, j'aurais fait par sécurité. Souvent, on a peur en plus, on n'ose pas trop. Du coup, on fait quand même et on se rend compte que c'est bénéfique après. » (P7).*

Les transmissions des informations et les conseils donnés aux familles étaient plus précis, « *ça permet d'être plus adapté aux patients et ça facilite aussi la transmission d'informations [...] d'avoir des conseils plus précis qu'on peut donner aux familles. » (P1).*

#### **4.5. Ajustements et modifications potentiels apportés à la pratique après l'implémentation de l'IDDSI**

Des pratiques ont été ajustées, nécessitant des préparations spécifiques en amont, « *Les petits déjeuners. Niveau pratique, ça a été très compliqué pour les AS et les soignants. Pour le niveau 6, on avait du mal à proposer quelque chose qui passait bien pour tout le monde. Donc, voilà, on a dû adapter quand même pas mal de pratiques [...] il y a donc un découpage à faire avant de faire du niveau 6. » (P3).* Une vigilance particulière aux textures lors du service des repas était nécessaire afin de faire des retours à la cuisine, « *Des fois, il y a des retours à faire en cuisine [...] il y a un système qui réchauffe les plats quand ils arrivent. Parfois, ça sèche, parfois ça fait une petite croûte donc on reste vigilants jusqu'à ce que ce soit disponible au patient. » (P6).*

Certaines pratiques ne nécessitaient pas de modifications, « *Non. Parce qu'en fait, on a dit voilà tel liquide, tel complément ça correspond à tel niveau. Le protocole, les eaux gélifiées c'était déjà du niveau 4. » (P2), « Non, ça se fait, ça se fait naturellement. » (P10).*

### **5. Avantages, obstacles et facilitations à la mise en place**

#### **5.1. Principaux avantages à l'instauration de l'IDDSI**

##### **5.1.1. Changement dans la sécurité alimentaire des patients dysphagiques**

Une amélioration dans la sécurité alimentaire du patient était notable, « *la sécurité des patients par rapport à ce qui est servi » (P8), « ça met un cadre sur ce que le patient peut manger. » (P7), « Les personnes font plus attention à la texture proposée et celles-ci sont plus adaptées. Le travail est plus rigoureux [...] il y avait beaucoup de trucs qu'on laissait avant et qu'on laisse plus maintenant*

*et qui sont plus sécuritaires » (P6), « Je trouve que les assiettes sont servies en connaissance de cause. Avant [...] les agents qui servaient le repas, ils faisaient un peu à la tête du client. » (P5).*

### **.5.1.2. Recommandations standardisées**

L'IDDSI favorisait l'introduction de normes universelles, « *le fait d'avoir une nomenclature* » (P8), « *une texture qui est au niveau national* » (P9).

L'instauration de cette standardisation contribuait à l'élaboration de textures adaptées, « *Avoir une texture qui correspond au plus près des troubles du patient* » (P9), « *Nous, avoir aussi une conduite à tenir sur ce qu'on peut proposer ou pas par un groupe qui a déjà réfléchi à ce qui paraissait être adapté ou pas. Plutôt que ce soit hyper arbitraire de notre part.* » (P6) qui permettait de « *mieux alimenter les patients* » (P10).

L'adoption de cette standardisation optimisait la prise en soin du patient. Cela permettait de ne pas perdre de temps à tester à nouveau en raison des différentes terminologies entre chaque établissement, « *Fluidifier la prise en charge du patient. Éviter de tester inutilement, de ne pas se précipiter.* » (P6).

Les recommandations étaient globalement claires, « *c'est clair [...] C'est des images qui parlent [...] je trouve que c'est intéressant* » (P5), « *le cahier des charges, il est clair* » (P9).

### **.5.1.3. Communication**

La mise en place de l'IDDSI facilitait les transferts inter-établissements ainsi que la communication entre les professionnels, « *Améliorer les transmissions entre les différents établissements [...] on a des transferts d'autres établissements mais dans d'autres régions* » (P2).

Cette démarche simplifiait les prescriptions des médecins qui seraient formés aux textures universelles, « *la facilité dans la prescription médicale [...] Elle est parfois compliquée. Parce que certains médecins ne sont pas non plus formés aux textures quand ils arrivent ou aux textures qui existent à l'hôpital.* » (P2). Sous les recommandations de l'orthophoniste, le médecin prescrivait la texture adaptée au patient, « *les médecins copient ce que j'ai noté, ça permet de faciliter la transmission* » (P1). Le médecin apportait la prescription médicale avec le compte rendu de l'orthophoniste au diététicien. Celui-ci établissait ainsi un régime adapté au patient « *le médecin, il m'amène une prescription médicale avec le compte-rendu de l'orthophoniste. Et comme ça moi j'y ai accès. Et je peux établir les plateaux, le régime adapté pour le patient avec les recommandations de l'orthophoniste.* » (P7).

L'accompagnement des familles était amélioré, ce qui aidait le transfert des pratiques au domicile. Parallèlement, le développement croissant de l'offre industrielle adaptée aux recommandations de l'IDDSI facilitait cette démarche, « *peut-être que ça va guider mieux les familles, à la sortie du patient, d'avoir des documents qui sont faits [...] il y a des industriels qui commencent à faire des choses qui soient bien équipées IDDSI [...] peut-être que ça va faciliter, auprès des familles, la mise en place des adaptations alimentaires.* » (P6).

## **.5.2. Principaux obstacles rencontrés lors de l'application de l'IDDSI**

### **.5.2.1. Sensibilisation et pratique des équipes**

L'un des principaux obstacles lors de l'application de l'IDDSI, était le manque de sensibilisation et de formation du personnel, « *La formation de tout le personnel qui est en lien* » (P7). De ce fait, une crainte des équipes persistait face aux risques de fausse route et freinait l'évolution vers des niveaux de textures alimentaires plus élevés, « *Ça va être la peur des équipes. Parce qu'ils se disent que [...] ça peut être une grosse faute-route, mais du coup, ils ont peur d'évoluer dans la texture. Et du coup, ils ont tendance à un peu freiner quand moi, je propose des textures plus élaborées* » (P1).

Une variabilité des pratiques subsistait et rendait difficile l'uniformisation et la mise en place d'un nouveau protocole, « *Ils ont tendance à faire à l'œil plutôt que de bien suivre les dosages qui sont recommandés. Et puis il y en a pas deux qui font pareil et c'est vraiment difficile d'uniformiser les pratiques et d'instaurer un nouveau protocole* » (P6).

La présence de cuisiniers non formés pouvait freiner la mise en œuvre, d'où l'importance de les intégrer pleinement au projet sans que cela ne soit une contrainte supplémentaire, « *Il y a ce problème avec la cuisine, il faut qu'on les forme, il faut qu'on en parle [...] parce qu'ils connaissent pas.* » (P8), « *Il faut aussi s'adapter aux équipes et puis eux ils sont cuisiniers. Ils font ce qu'ils peuvent. On leur demande plein d'autres choses [...] Ils ont une fiche de poste qui s'agrandit [...] il faut que tout le monde s'y mette.* » (P5), « *de les impliquer à ça.* » (P2), « *faire en sorte que ce ne soit pas une charge supplémentaire mais que ce soit intégré dans leur fabrication habituelle* » (P10).

### **5.2.2. Freins structurels et organisationnels**

Le temps nécessaire pour se familiariser avec le référentiel IDDSI, combiné à une charge de travail déjà importante, représentait un obstacle, « *Il faut bosser, ça prend du temps, c'est fastidieux parce qu'il faut quand même se familiariser avec ça, tout le matériel.* » (P5), « *on est déjà dans nos tâches avec notre dose de travail quotidien parce que c'est un développement de projet qui demande énormément de temps* » (P9).

Un manque de clarté subsistait sur certains points, « *Le manque de clarté, parfois, qui laisse un peu des sujets à interprétation sur quelle viande on met ou non, quels accompagnements exactement, ou non, l'information auprès des équipes.* » (P6).

Le manque de personnel constituait un frein majeur à une mise en œuvre optimale des pratiques recommandées, « *on n'a pas forcément les moyens humains* » (P9).

Le budget alloué à ce projet était limité, « *sur le plateau en tant que tel, c'est difficile d'agir parce que c'est des questions de budget, en fait, à chaque fois.* » (P8), « *la formation a un coût et les établissements de soin actuels sont toujours bloqués par rapport au financement.* » (P9).

### **5.2.3. Contraintes logistiques et matérielles**

La restriction budgétaire entraînait un manque de contrôle sur le choix des fournisseurs et de leurs produits. Cela réduisait la possibilité de respecter pleinement les critères de l'IDDSI, « *on n'a aucune prise sur le prestataire qui est choisi et sur la qualité des aliments qui sont servis.* » (P8), « *Financiers, toujours. Il faudrait qu'on ait le temps de faire les tests précisément avec les critères de l'IDDSI, qu'on puisse se poser, qu'on puisse prendre les bons prestataires qui, du coup, proposent des choses adaptées. Parce qu'il n'y a pas de budget donc, on va à l'économie.* » (P1).

Les contraintes liées au marché et à l'offre de la cuisine limitaient l'accès à certains aliments, réduisant ainsi les possibilités de diversification et d'adaptation aux recommandations IDDSI, « *on compte les produits qu'on a à notre disposition du marché auquel on est rattaché.* » (P9), « *des aliments auxquels on pense [...] la merceriale de la cuisine ne le propose pas. Donc, on ne peut pas se procurer tel ou tel aliment qui aurait pu permettre de diversifier un peu l'alimentation. La qualité des aliments, aussi, ça peut jouer. Il y a certaines choses qu'on avait avant, qu'on ne peut plus avoir maintenant et qui auraient été plutôt pas mal pour les IDDSI.* » (P6).

La texture des aliments pouvait varier en fonction des conditions de cuisson ou de réchauffage, ce qui compliquait le respect des niveaux de texture attendus, « *admettons la matière première qui est achetée est bonne, il suffit qu'elle soit mise sur le plateau et mise dans le chariot qui sert à réchauffer et là, la texture peut changer [...] ce qui fait que ça sèche ou que ça devient plus compact. Donc, ça pareil, c'est compliqué à gérer.* » (P8).

Le manque d'appétence pour certains repas, en raison de leur aspect visuel, était un facteur à

prendre en compte, « *Le visuel [...] On a besoin aussi d'avoir de la sécurité mais on a aussi besoin de quelque chose d'appétent. C'est un problème au niveau du prix. Il faut préserver le statut nutritionnel.* » (P6), « *ce n'est pas forcément très appétent* » (P7).

Les contraintes d'approvisionnement en matériel, comme les seringues, constituaient un obstacle, « *pour trouver la seringue, c'est une mission pas possible. On n'a pas trouvé de seringue.* » (P6).

### **.5.3. Facteurs facilitateurs**

#### **.5.3.1. Communication et groupe de travail**

L'instauration d'un CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition) permettait de coordonner le travail et de faciliter la mise en place de l'IDDSI, « *Ce travail, on le fait aussi remonter auprès du CLAN [...] C'est par ce comité-là qu'on essaye d'impulser et de crédibiliser la démarche.* » (P6).

La réussite de la mise en œuvre reposait sur l'implication d'acteurs principaux et sur une collaboration étroite entre l'ensemble des professionnels concernés, « *on a un service qui est prompt à accepter les nouvelles choses [...] je pense qu'eux ont dû aider à la mise en place. Mais oui, en fait, c'est surtout un lien diététicienne-cuisine [...] et les orthophonistes qui a fait que ça s'est mis en place. Et après, c'était importé aux aides-soignantes et aux infirmiers* » (P4), « *sur des gros centres hospitaliers, une orthophoniste seule ne peut pas se mettre à gérer tout.* » (P3).

#### **.5.3.2. Influence de l'établissement**

Une structure de taille réduite simplifiait la gestion du projet, « *la taille de l'établissement, ça joue beaucoup. Parce que si on était beaucoup plus de services, beaucoup plus de personnel, etc., ça aurait été difficile de tout gérer.* » (P3).

La mise en place était facilitée grâce au soutien de l'établissement qui a laissé les professionnels gérer et leur a accordé un temps dédié, « *je pense vraiment qu'on a réussi facilement parce que l'établissement nous a laissé gérer, il nous a pas fermé les portes, il a vraiment laissé du temps. C'est vraiment avoir le temps nécessaire pour accéder à toutes les ressources, pouvoir tout mettre en place donc vraiment prendre le temps.* » (P3). En effet, un manque de communication entre l'établissement et les professionnels retardait et réduisait l'efficacité de la mise en œuvre, « *que l'hôpital communique avec nous quand ils font des changements de prestataires. Qu'on réfléchisse, voir si ça correspond à la texture, et qu'on ne fasse pas sans nous le dire, et que du coup on se retrouve avec des textures pas adaptées, et qu'on soit obligé de tout recommencer* » (P1).

#### **.5.3.3. Différence entre des cuisines sur place et en liaison différée**

La présence d'une cuisine sur place et de leurs cuisiniers constituait un avantage majeur pour une mise en œuvre facilitée, « *on a la chance aussi d'avoir notre cuisine, c'est-à-dire que les établissements qui appellent des prestataires extérieurs qui ont des aliments sous barquettes, on n'a pas la possibilité de retravailler des aliments [...] le fait qu'on ait notre propre cuisine avec nos cuisiniers c'est un processus pour pouvoir le mettre en place plus facilement.* » (P3). Les établissements qui n'en avaient pas dépendaient du prestataire, « *à l'hôpital, la nourriture est très industrielle. Finalement ça dépend du prestataire.* » (P1). De ce fait, des variations de texture entre des repas froids, chauffés et réchauffés étaient constatées, « *c'est un peu compliqué, c'est une liaison froide [...] Ils sont venus chez nous froids et réchauffés dans les chariots chauffants. Ça veut dire que la texture, elle n'est pas la même en fait. Entre quand c'est asséché, réchauffé, la sauce qui croûte un peu autour* » (P2). Certaines barquettes vendues par les fournisseurs ne correspondaient plus au niveau annoncé après la réchauffe « *quand on les retestait après la réchauffe, les niveaux 4, ce n'était pas forcément tous des niveaux 4. Donc certains, on a dû quand même demander à changer.* » (P3).

Les prestataires devraient également être plus sensibilisés à l'IDDSI afin de fournir des produits

plus conformes, facilitant ainsi le travail en cuisine, « *l'IDDSI devrait être connu par les prestataires qui nous vendent les textures [...] en cuisine, si on reçoit un produit qui n'est déjà pas adapté, on ne va pas pouvoir faire des miracles. Donc, en fait, il faudrait peut-être que ça soit répandu sur les grandes entreprises qui développent ça.* » (P1).

## **.5.4. Suggestions de facilitation**

### **.5.4.1. Ressources et accompagnements**

Un accès à des ressources pour des établissements les guiderait dans la mise en place, « *Pour les établissements, c'est un peu savoir comment faire pour mettre en place ces textures [...] avoir des ressources pour que ce soit des établissements ou des trucs en grosse quantité [...] Avoir les ressources pour les professionnels dans les établissements, je pense que ça pourrait être intéressant.* » (P4), « *avoir des supports de formation en libre accès sur l'hôpital.* » (P7).

L'accompagnement par un organisme extérieur permettrait de soutenir les professionnels dans ce projet, « *un accompagnement pour la mise en place par un organisme extérieur [...] mettre en place l'IDDSI en lui-même est un frein et la logistique autour et la mise en place du processus est contraignant.* » (P9), « *une équipe formée qui puisse accompagner les équipes.* » (P6).

Un référent identifié au sein des équipes apporterait une aide efficace, « *avoir des hôtelières qui font chaque service [...] si elle est bien sensibilisée à ça, elle pourrait potentiellement voir si le patient a besoin d'adaptation, voir si le nouveau produit qui est proposé est bien ou pas, et du coup, nous faire remonter [...] on n'est pas là à chaque repas* » (P1), « *référent de déglutition en cuisine [...] qui devrait vérifier que tout est correct, qu'il n'y ait pas d'aliments superflus qui feraient que ça rentrerait plus dans les critères de l'IDDSI [...] qui pourrait aider tout le monde, quelqu'un qui serait plus formé que les autres.* » (P8).

### **.5.4.2. Répertoire alimentaire et recettes**

Un répertoire précis d'aliments et de leurs propriétés d'adaptation faciliterait les recherches, « *une liste vraiment très précise de maximum de variétés d'aliments [...] pour chaque catégorie d'aliments, si ça serait possible ou pas possible, citer les aliments en question et dire comment on peut les adapter, s'il faut les adapter différemment.* » (P6).

La mise à disposition de recettes de référence serait intéressante pour guider les professionnels, « *Peut-être un manque de recettes types pour guider un petit peu sur le projet.* » (P3).

## **Discussion**

Cette partie présente le cadre de l'étude et interprète les résultats en considération des données de la littérature. Elle aborde l'intérêt pour la pratique orthophonique, énonce les limites de la recherche et ouvre à des perspectives futures.

### **.1. Cadre de l'étude**

Cette étude avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre de l'IDDSI au sein des établissements de santé des Hauts-de-France accueillant une population dysphagique. Elle a été réalisée sous forme d'une approche qualitative avec un recueil des données par entretien semi-directif. Les hypothèses formulées étaient que l'IDDSI renforce la sécurité alimentaire des patients dysphagiques ainsi que la communication interprofessionnelle et inter-établissements mais aussi que la formation des professionnels reste nécessaire.

## **.2. Analyse des principaux résultats**

### **.2.1. De la formation à la pratique : impact de l'IDDSI**

#### **.2.1.1. Connaissances et formations**

Les résultats laissent supposer que le manque de connaissances, de la part du personnel, constitue un frein à la mise en œuvre, entraînant une faible adhésion au projet ainsi que des pratiques inadaptées (Wu et al., 2022a). Les formations dispensées permettent de consolider les connaissances et la confiance des professionnels, contribuant ainsi à la sécurité alimentaire des patients. La formation se fait essentiellement à travers les ressources accessibles sur le site de l'IDDSI. Des formations sur les troubles de la déglutition, les textures modifiées et sur l'IDDSI sont également disponibles. Néanmoins, certaines procédures techniques peuvent nécessiter des ajustements avec une potentielle amélioration des performances de la pratique par la répétition (Rule et al., 2020).

La mise à disposition de ressources fournies aux établissements facilite l'appropriation des normes. La combinaison de ressources accessibles et d'ateliers de formation améliore les connaissances du personnel (Wu et al., 2022b).

L'adoption du cadre IDDSI par les professionnels de santé améliore leurs connaissances, leur confiance et la cohérence dans la prise en soin des patients atteints de dysphagie. La formation continue des professionnels est alors indispensable afin d'assurer la pérennité des soins adaptés.

#### **.2.1.2. Amélioration de la sécurité alimentaire des patients dysphagiques**

Les résultats suggèrent que cette standardisation permet une adaptation optimale des textures aux besoins spécifiques des patients, avec une transition plus progressive et sécurisée entre les différents niveaux. L'aspect nutritionnel est amélioré avec un élargissement de la variété des aliments proposés.

L'introduction de l'IDDSI contribue à réduire les potentiels incidents en corrigeant les incohérences dans la préparation et la distribution des repas à texture modifiée (Lam et al., 2017).

#### **.2.1.3. Les pratiques actuelles**

L'intégration des recommandations de l'IDDSI nécessite des changements dans la pratique quotidienne (Fischer et al., 2016). Les résultats suggèrent qu'une variabilité des pratiques perdure en raison de la difficulté à les modifier, rendant l'uniformisation complexe. Des difficultés à assimiler ou à appliquer les recommandations de l'IDDSI subsistent chez certains membres du personnel, augmentant les risques de fausses routes pour le patient. Le soutien du personnel de restauration et de l'équipe soignante est essentiel pour renforcer leurs compétences et le respect des normes de l'IDDSI (Fischer et al., 2016 ; Wu et al., 2022b).

#### **.2.1.4. Complexité de certains niveaux de texture modifiée**

Les résultats laissent supposer que l'épaississement des boissons selon les critères de l'IDDSI ne présente pas de difficultés à l'instauration. Cependant, concernant les aliments, certains niveaux sont plus complexes de par leurs critères spécifiques. Le niveau 6, petits morceaux tendres, complexifie la préparation en raison de la nécessité de tailles spécifiques, de tests rigoureux et de restrictions sur certains aliments. Le niveau 5, haché lubrifié, peut être difficile en raison des aspects techniques.

## **.2.2. Collaboration et rôle organisationnel**

### **.2.2.1. Collaboration pluriprofessionnelle**

La collaboration pluriprofessionnelle améliore l'efficacité de la mise en œuvre de l'IDDSI (Lam et al., 2017). Les résultats laissent indiquer que l'engagement actif des orthophonistes et des diététiciens s'avère déterminant dans l'application effective des recommandations de l'IDDSI. L'absence d'acteurs principaux risque de compromettre la mise en œuvre optimale du projet (Wu et al., 2022a). L'implication des autres membres de l'équipe (cuisiniers, infirmiers, médecins, aides-soignants, etc.) est essentielle car chaque professionnel apporte une contribution spécifique au projet (Rule et al., 2020). Cette approche contribue à une conscientisation de la contribution du professionnel sur la qualité des soins apportés aux patients ainsi qu'à l'appréhension des difficultés que peuvent rencontrer les collègues (Lam et al., 2017).

L'instauration du CLAN amène à des réflexions et évaluations plus structurées grâce à des réunions régulières. La présence d'une équipe stable et de moyens de communication adaptés à l'échelle organisationnelle est important afin d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre (Wu et al., 2022a). Ainsi, les résultats suggèrent que la mise en place de l'IDDSI et de ses terminologies standardisées améliore la communication interprofessionnelles et inter-établissements.

### **.2.2.2. Rôle de la cuisine**

Un manque de familiarité avec l'IDDSI et une formation insuffisante du personnel de cuisine constituent un obstacle majeur à la mise en place de l'IDDSI, comme le laissent indiquer les résultats. La collaboration étroite avec l'équipe de restauration, en l'impliquant activement au sein du projet, favoriserait sa sensibilisation, son adhésion ainsi que l'élaboration de textures conformes.

Les résultats suggèrent que les établissements dépendant de prestataires peuvent rencontrer plus de difficultés que ceux ayant une cuisine sur place. En effet, les produits proposés ne correspondent pas toujours aux critères de l'IDDSI, avec une adaptation des aliments complexe à réaliser. Une sensibilisation des prestataires permettrait une proposition de produits plus adaptés, améliorant l'efficacité de la mise en place. Une vigilance reste tout de même nécessaire quant aux variations de textures entre le froid, chaud et réchauffé.

### **.2.2.3. Rôle de l'organisation**

Les résultats semblent indiquer que la mise en place de l'IDDSI peut être ralentie par le temps nécessaire à sa compréhension et à son appropriation par les professionnels. Un temps spécifiquement dédié à la mise en place soulagerait la charge de travail des professionnels et améliorerait l'efficacité de l'instauration. De ce fait, l'implication de l'établissement est déterminante (Wu et al., 2022a). L'absence de coopération, de compréhension des enjeux ou de communication claire autour du projet peuvent réduire l'efficacité. Les contraintes financières associées amènent à un choix de produits restreint et parfois non adaptés, un manque de matériel spécifique, une insuffisance de formations dédiées ainsi qu'une mise en œuvre partielle des recommandations.

Le manque de personnel nuit à la coordination interprofessionnelle et accentue la charge de travail de l'équipe, comme le laissent penser les résultats. Cela peut affecter la motivation du personnel qui risque de percevoir cette démarche comme une charge supplémentaire dans un emploi du temps déjà bien rempli. Il est important de soutenir les équipes et d'encourager l'investissement de chacun afin d'obtenir une adhésion durable.

Les structures accueillant un grand nombre de patients adoptent une organisation différente de celles

en ayant moins, en matière de préparation de repas à texture modifiée. Les obstacles varient selon la taille de l'établissement et le lieu de préparation des repas.

L'implication collaborative des acteurs clés, soutenue par une organisation efficace, constitue un facteur déterminant dans le succès de la mise en œuvre (Lam et al., 2017).

### **.3. Limites et pistes de recherche**

#### **.3.1. Limites**

La population de professionnels étudiée ici ne représente pas nécessairement la diversité de la population nationale ou mondiale. Elle fournit néanmoins des données riches des tendances en matière de mise en place de l'IDDSI dans la région Hauts-de-France.

L'étude n'a pas fait l'objet d'une validation consensuelle en raison de sa réalisation par une seule personne. Les professions représentées sont limitées. Par ailleurs, la représentation des orthophonistes est plus importante que celle des diététiciens et des responsables de cuisine. Les représentations dans les transcriptions des participants n'ont pas été validées auprès d'eux, ce qui pourrait impliquer des biais possibles.

L'IDDSI est un projet récent (Wu et al., 2022a). De ce fait, l'analyse et la comparaison des données par rapport à la littérature ont été limitées en raison de la faible présence de travaux à ce sujet, notamment sur l'instauration de l'IDDSI.

#### **.3.2. Pistes de recherche**

Dans la continuité de cette étude qualitative, une recherche quantitative pourrait être envisagée afin d'évaluer, à plus large échelle, les modalités de mise en œuvre de l'IDDSI au sein des établissements. Cette étude, pourrait être menée auprès d'un échantillon plus large et représentatif de professionnels, compte tenu de l'implication pluriprofessionnelle au sein de ce projet. L'élargissement à l'équipe soignante, aux chefs d'établissement, au personnel de cuisine mais aussi aux patients, leur famille ainsi qu'aux autres types d'établissement permettrait de tester et valider les hypothèses et les tendances émergentes identifiées lors des entretiens et en apporter de nouvelles.

## **Conclusion**

L'objectif de ce mémoire était d'explorer la mise en place de l'IDDSI dans les établissements de santé des Hauts-de-France auprès des patients dysphagique. L'évaluation des connaissances ainsi que des pratiques des professionnels exerçant dans ces structures a été réalisée.

L'IDDSI, terminologie standardisée, améliore la cohérence entre les capacités de déglutition du patient dysphagique et son alimentation par la normalisation de l'épaississement des boissons et de la texture des aliments. Les éventuels incidents liés à une prise alimentaire incorrecte sont limités. L'adoption de ce projet favorise une uniformisation des pratiques. Elle améliore la communication interprofessionnelle et inter-établissements. Un langage commun et des niveaux de texture standardisés facilitent la compréhension, la transmission d'informations et la continuité des soins.

L'instauration de l'IDDSI est un projet qui peut sembler initialement complexe. La réussite de la mise en œuvre dépend fortement du niveau de formation des professionnels. Un besoin à ce sujet demeure largement présent au sein des établissements de santé. De même, la collaboration pluriprofessionnelle est indispensable afin d'assurer une mise en place efficace et adaptée pour le patient dysphagique tout en évitant une charge de travail trop importante. Cette dynamique repose sur

une communication adaptée au sein de l'établissement ainsi que sur la mise à disposition de ressources auprès des professionnels. En ce sens, l'organisation de réunions régulières permet une intervention efficace construite de manière progressive et planifiée.

Le soutien de l'établissement est crucial pour la réussite de l'IDDSI en garantissant les moyens humains, matériels et financiers nécessaires. Il favorise également l'adhésion des équipes et assure la pérennité des pratiques.

Le rôle de l'orthophoniste au sein de la mise en place de l'IDDSI s'avère indispensable. En tant qu'acteur principal dans la coordination pluriprofessionnelle, l'orthophoniste participe activement à la sensibilisation et la formation des équipes ainsi qu'à l'adaptation des pratiques. Son implication permet de garantir la cohérence et la durabilité des démarches associées à l'IDDSI au sein de l'établissement.

La mise en œuvre de l'IDDSI demeure encore insuffisamment développée au sein des établissements. La conscience des facteurs facilitateurs et des obstacles pouvant être rencontrés permet de mieux appréhender l'instauration de l'IDDSI, motivée par les nombreux avantages liés à l'adoption de ces terminologies standardisées.

Compte tenu de l'implication interprofessionnelle au sein de ce projet, une étude quantitative, à plus large échelle, permettrait de valider et d'enrichir les résultats de cette étude.

## Bibliographie

- Allepaerts, S., Delcourt, S., & Petermans, J. (s. d.). Les troubles de la déglutition du sujet âgé : Un problème trop souvent sous-estimé. *Rev Med Liège*.
- Andersen, U. T., Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2013). Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults ( $\geq 18$  years) with oropharyngeal dysphagia. *e-SPEN Journal*, 8(4), e127-e134.  
<https://doi.org/10.1016/j.clnme.2013.05.003>
- Brodsky, J. B., Macario, A., & Mark, J. B. D. (s. d.). Tracheal Diameter Predicts Double-lumen Tube Size : A Method for Selecting Left Double-Lumen Tubes. *ANESTH ANALG*.
- Capet, C., Delaunay, O., Idrissi, F., Landrin, I., & Kadri, N. (2007). Troubles de la déglutition de la personne âgée : Bien connaître les facteurs de risque pour une prise en charge précoce. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7(40), 15-23. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)91444-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)91444-0)
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Devel-

opment of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management : The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 32(2), 293-314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>

Côté, C., Giroux, A., Villeneuve-Rhéaume, A., Gagnon, C., & Germain, I. (2020). Is IDDSI an Evidence-Based Framework? A Relevant Question for the Frail Older Population. *Geriatrics*, 5(4), 82. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040082>

Dahlström, S., Henning, I., McGreevy, J., & Bergström, L. (2023). How Valid and Reliable Is the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) When Translated into Another Language? *Dysphagia*, 38(2), 667-675. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10498-2>

Doan, T.-N., Ho, W.-C., Wang, L.-H., Chang, F.-C., Nhu, N. T., & Chou, L.-W. (2022). Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2605. <https://doi.org/10.3390/jcm11092605>

Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W., & Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation—A Scoping Review. *Healthcare*, 4(3), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>

Forster, A., Samaras, N., Notaridis, G., Morel, P., Hua-Stolz, J., & Samaras, D. (2013). Évaluation et dépistage des troubles de la déglutition en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(74), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.10.005>

GIP RENATER. (2024). *RENdez-Vous*. RENdez-Vous. <https://rendez-vous.renater.fr>

Hadde, E. K., & Chen, J. (2021a). Food texture and texture modification for dysphagia management. *Journal of Texture Studies*, 52(5-6), 538-539. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12650>

Hadde, E. K., & Chen, J. (2021b). Texture and texture assessment of thickened fluids and texture-modified food for dysphagia management. *Journal of Texture Studies*, 52(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12567>

*IDDSI* - [www.iddsi.org](http://www.iddsi.org)

- Kennedy, B., Ibrahim, J. E., Bugeja, L., & Ranson, D. (2014). Causes of death determined in medicolegal investigations in residents of nursing homes : A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jgs.12929>
- Lam, P., Stanschus, S., Zaman, R., & Cichero, J. A. (2017). The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) framework : The Kempen pilot. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 13(Sup2), S18-S26. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2017.13.Sup2.S18>
- OpenAI. (2025). *ChatGPT* (version de mai 2025) [Modèle de langage utilisé pour l'aide à la reformulation de contenus rédactionnels]. <https://chat.openai.com/>
- Pod* (Version 3.8.4) [Logiciel]. (2024). Université de Lille.
- Roper, N., Devroey, M., & Guerry, N. (2022). Diagnosis and rehabilitation of swallowing disorders. *Revue Medicale de Bruxelles*, 43(6), 592-599. <https://doi.org/10.30637/2022.22-022>
- Ruglio, V. (2020). *Ruglio, V. (2020). L'évaluation orthophonique de la déglutition en neurogériatrie. Rééducation Orthophonique ; N° 281—Mars 2020, 257-281.*
- Ruglio, V., Girod-Roux, M., Acher, A., & Lelièvre, C. (2017). *Projet IDDSI pour une standardisation internationale des textures adaptées aux dysphagies. Traduction française des outils de l'IDDSI 2015.*
- Rule, D. W., Kelchner, L., Mulkern, A., Couch, S., Silbert, N., & Welden, K. (2020). Implementation Strategies for the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), Part I : Quantitative Analysis of IDDSI Performance Among Varied Participants. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1514-1528. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00012](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00012)
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015).

The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function : A Systematic Review. *Dysphagia*, 30(1), 2-26.

<https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>

Steele, C. M., Molfenter, S. M., Péladeau-Pigeon, M., Polacco, R. C., & Yee, C. (2014). Variations in Tongue-Palate Swallowing Pressures When Swallowing Xanthan Gum-Thickened Liquids. *Dysphagia*, 29(6), 678-684. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9561-6>

Su, M., Zheng, G., Chen, Y., Xie, H., Han, W., Yang, Q., Sun, J., Lv, Z., & Chen, J. (2018). Clinical applications of IDDSI framework for texture recommendation for dysphagia patients. *Journal of Texture Studies*, 49(1), 2-10. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12306>

VeraCrypt (Version 1.26.20). (2025). [Logiciel]. IDRIX.

Wright, L., Cotter, D., Hickson, M., & Frost, G. (2005). Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), 213-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2005.00605.x>

Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2022a). An Evaluation of Texture-Modified Diets Compliant with the International Dysphagia Diet Standardization Initiative in Aged-Care Facilities Using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Dysphagia*, 37(5), 1314-1325. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10393-2>

Wu, X. S., Miles, A., & Braakhuis, A. (2022b). The Effectiveness of International Dysphagia Diet Standardization Initiative–Tailored Interventions on Staff Knowledge and Texture-Modified Diet Compliance in Aged Care Facilities : A Pre-Post Study. *Current Developments in Nutrition*, 6(4), nzac032. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzac032>

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Guide d'entretien.**

**Annexe n°2 : Echelle COREQ.**

**Annexe n°3 : Lettre d'information.**

**Annexe n°4 : Processus de recrutement des participants.**

# Etat des lieux de la mise en place de l'IDDSI au sein des établissements de santé accueillant une population dysphagique dans la région Hauts-de-France

Discipline : Orthophonie

Elisa LE BARS

**Résumé :** La dysphagie peut affecter non seulement la sécurité et l'efficacité de la déglutition mais aussi le plaisir de s'alimenter. Elle a de nombreuses conséquences tant sur le plan physiologique que psychologique. L'adaptation des aliments et des boissons est l'approche principale afin d'assurer une meilleure sécurité alimentaire tout en compensant les déficits fonctionnels. Toutefois, le manque d'uniformisation des pratiques au sein et entre les établissements diminue l'efficacité de la prise en soin du patient dysphagique. De ce fait, l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) a élaboré des terminologies standardisées adaptées aux personnes dysphagiques. Ce mémoire visait à réaliser un état des lieux de la mise en place de l'IDDSI auprès des patients dysphagiques dans les établissements de santé des Hauts-de-France. Nous avons cherché à identifier les avantages, les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en œuvre à travers des entretiens semi-directifs auprès de professionnels. Les résultats suggèrent que l'implication collaborative des acteurs clés, soutenue par une organisation efficace, constitue un facteur déterminant dans le succès de la mise en œuvre. La réussite dépend également du niveau de formation des professionnels.

**Mots-clés :** Hauts-de-France, établissements de santé, troubles de déglutition, dysphagie, IDDSI

**Abstract :** Dysphagia impacts both the safety and efficacy of swallowing, as well as the enjoyment of eating, with significant physiological and psychological repercussions. The primary intervention involves modifying food textures and liquid consistencies to enhance swallowing safety while compensating for functional impairments. However, inconsistent practices across and within healthcare facilities undermine optimal dysphagia management. In response, the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) established globally standardized dietary terminology for dysphagia care. This study evaluates the implementation of IDDSI frameworks in healthcare institutions across France's Hauts-de-France region through semi-structured interviews with clinical professionals. The research identifies three critical dimensions: implementation benefits, facilitating factors, and operational barriers. Key findings demonstrate that successful implementation requires multidisciplinary collaboration among stakeholders supported by organizational structures, and comprehensive staff training programs. These results underscore the necessity of coordinated implementation strategies and sustained professional education to achieve standardized, evidence-based dysphagia management practices.

**Keywords :** Hauts-de-France, healthcare facilities, swallowing disorders, dysphagia, IDDSI

MÉMOIRE dirigé par

Claire FAUCHILLE, Orthophoniste, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

François PUISIEUX, Gériatre, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

Université de Lille

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
[departement-orthophonie@univ-lille.fr](mailto:departement-orthophonie@univ-lille.fr)



# **ANNEXES**

## **DU PROJET MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Elisa LE BARS**

**Etat des lieux de la mise en place de l'IDDSI au sein des établissements de santé accueillant une population dysphagique dans la région Hauts-de-France**

MEMOIRE dirigé par

**Claire FAUCHILLE**, Orthophoniste, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

**François PUISIEUX**, Gériatre, Hôpital gériatrique Les Bateliers, Lille

**Lille – 2025**

## Annexe 1 : Guide d'entretien

- Introduction

Bonjour, je vais me présenter à nouveau. Je m'appelle Elisa Le Bars et je suis étudiante en 5<sup>e</sup> année d'orthophonie à Lille. Je tenais d'abord à vous remercier pour votre disponibilité et pour votre participation à l'élaboration de ce mémoire. Pour rappel, cet entretien se fait dans le cadre de mon mémoire portant sur l'état des lieux de la mise en place de l'IDDSI auprès d'une population dysphagique au sein de la région. Les objectifs sont d'analyser les pratiques actuelles, les obstacles rencontrés et d'explorer les perspectives d'amélioration. Je vous rappelle que cet entretien est anonyme. Les données recueillies resteront confidentielles. Je vais donc enregistrer notre entretien, êtes-vous toujours d'accord ?

- Contexte général

- Pourriez-vous m'en dire plus sur la structure dans laquelle vous exercez ?
- Pouvez-vous décrire votre rôle au sein de l'établissement en ce qui concerne la gestion des régimes alimentaires des patients souffrant de dysphagie ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Depuis combien de temps votre établissement a-t-il adopté l'IDDSI ?
- Pourquoi avez-vous voulu mettre en place l'IDDSI ?

- Connaissances sur l'IDDSI

- À quel point êtes-vous familier(e) avec l'IDDSI et ses recommandations ?
- Quelles ressources avez-vous utilisées pour vous former ?
- Combien de membres du personnel sont formés à l'IDDSI ?
- Avez-vous formé des collègues ? Si oui, comment ?

- Mise en place de l'IDDSI

- Avec quels professionnels travaillez-vous ?
- Comment avez-vous communiqué les changements liés à l'IDDSI aux patients, aux familles et aux collègues ?
- Quels niveaux de l'IDDSI utilisez-vous au sein de votre établissement ? Avez-vous pour projet d'en introduire de nouveaux ?
- Comment procédez-vous pour épaissir des boissons et adapter la texture des aliments ? Quel type d'épaississant utilisez-vous ? Quel matériel utilisez-vous ?
- Quel niveau de l'IDDSI a-t-il été plus compliqué à mettre en place ?

- Utilisation et impact

- Comment l'IDDSI a-t-il influencé votre pratique quotidienne ?
- Avez-vous remarqué des changements dans la sécurité alimentaire des patients depuis l'adoption de l'IDDSI ?
- Avez-vous observé des particularités dans l'application de l'IDDSI auprès des patients gériatriques par rapport à d'autres populations ?
- Selon vous, faudrait-il adapter ou compléter les recommandations IDDSI pour mieux répondre aux besoins des personnes d'âge gériatrique ?
- Quel est l'impact de l'IDDSI sur la communication entre les professionnels au sein de votre équipe ?

- Avantages et obstacles

- Quels sont, selon vous, les principaux avantages de l'utilisation de l'IDDSI dans la gestion des régimes alimentaires des patients souffrant de dysphagie ?
- Quels sont les principaux obstacles que vous avez rencontrés dans l'application des directives de l'IDDSI ?

- Retours et ajustements

- Avez-vous recueilli des retours d'expérience de la part du personnel, des patients ou des familles après la mise en place de l'IDDSI ? Si oui, qu'ont-ils dit ?
- Avez-vous dû apporter des ajustements ou des modifications à vos pratiques après avoir commencé à utiliser l'IDDSI ?

- Perspectives d'avenir

- Comment envisagez-vous l'évolution de l'utilisation de l'IDDSI dans votre établissement à l'avenir ?
- Avez-vous des suggestions pour faciliter davantage l'adoption et l'application de l'IDDSI ?
- Selon vous, y a-t-il des besoins en formation et en sensibilisation du personnel de santé ?

- Conclusion

- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager à propos de votre expérience avec la mise en place de l'IDDSI ?

Je vous remercie pour votre précieuse contribution à mon mémoire. Je reste à votre disposition par l'intermédiaire de mon adresse universitaire si jamais vous voulez clarifier ou approfondir certains points. Si vous êtes intéressé(e), vous pourrez accéder aux résultats de cette étude.

**Annexe 2 : Grille COREQ**

## Echelle COREQ

| Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Caractéristiques personnelles                   |  |  |   |
| 1.  | Enquêteur/animateur                                    | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?          | L'auteur du mémoire   |
| 2.  | Titres académiques                                     | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par Exemple : PhD, MD  | Aucun   |
| 3.  | Activité   | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?  | Etudiante en 5 <sup>e</sup> année d'orthophonie                               |
| 4.  | Genre  | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?  | Une femme   |
| 5.  | Expérience et formation                                | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?   | Etudes en orthophonie   |
| Relations avec les participants                 |  |  |   |
| 6.  | Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?                                | Non   |
| 7.  | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche | Les objectifs, le déroulement et les modalités de participation à l'étude     |
| 8.  | Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais,              | L'enquêteur a mené tous les entretiens, les a retranscrits et les a analysés. |

|                                   |                                       |  |   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|---|
|                                   |                                       | hypothèses,<br>motivations et intérêts<br>pour le sujet de<br>recherche  |   |
| Domaine 2 : Conception de l'étude |                                       |  |   |
| Cadre théorique                   |                                       |  |   |
| 9.                                | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation<br>méthodologique a été<br>déclarée pour étayer<br>l'étude ?<br>Par exemple : théorie<br>ancrée, analyse du<br>discours, ethnographie,<br>phénoménologie,<br>analyse de contenu | Analyse de contenu<br>thématique  |
| Sélection des participants        |                                       |  |   |
| 10.                               | Échantillonnage                       | Comment ont été<br>sélectionnés les<br>participants ?<br>Par exemple :<br>échantillonnage dirigé,<br>de convenance,<br>consécutif, par effet<br>boule-de-neige                                     | Echantillonnage à<br>plusieurs phases   |
| 11.                               | Prise de contact                      | Comment ont été<br>contactés les<br>participants ?<br>Par exemple : face-à-<br>face, téléphone,<br>courrier, courriel  | Téléphone et courriel   |
| 12.                               | Taille de l'échantillon               | Combien de<br>participants ont été<br>inclus dans l'étude ?  | Douze   |
| 13.                               | Non-participation                     | Combien de personnes<br>ont refusé de participer<br>ou ont abandonné ?<br>Raisons ?  | Deux. L'un n'a pas pu<br>être effectué en raison<br>d'une absence de<br>réponse malgré les<br>relances. L'autre<br>entretien a été annulé à<br>cause d'un état des<br>lieux de l'application<br>de l'IDDSI au sein de<br>l'établissement, |

|                     |                                 |  |   |
|---------------------|---------------------------------|--|---|
|                     |                                 |  | réalisé, après coup, tardivement par rapport aux dates de l'étude.  |
| Contexte            |                                 |  |   |
| 14.                 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ?<br>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail  | A domicile en visioconférence ou par téléphone  |
| 15.                 | Présence de non-participants    | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?  | Non   |
| 16.                 | Description de l'échantillon    | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?<br>Par exemple : données démographiques, date                           | Professionnels ayant été sélectionnés selon leur lieu de travail (région Hauts-de-France) et leur expérience avec le sujet d'étude (acteurs dans la mise en place de l'IDDSI) |
| Recueil des données |                                 |  |   |
| 17.                 | Guide d'entretien               | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ?<br>Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Oui<br>Oui  |
| 18.                 | Entretiens répétés              | Les entretiens étaient-ils répétés ?<br>Si oui, combien de fois ?  | Non   |
| 19.                 | Enregistrement audio/visuel     | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?  | Enregistrement audio  |
| 20.                 | Cahier de terrain               | Des notes de terrain ont-elles été prises  | Non   |

|                                  |  |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|
|                                  |  | pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                   |   |
| 21.                              | Durée                                  | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?         | Une trentaine de minutes environ                                      |
| 22.                              | Seuil de saturation                    | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?  | Non   |
| 23.                              | Retour des retranscriptions            | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non   |
| Domaine 3 : Analyse et résultats |  |  |   |
| Analyse des données              |  |  |   |
| 24.                              | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ?  | Une personne  |
| 25.                              | Description de l'arbre de codage       | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?  | Non   |
| 26.                              | Détermination des thèmes               | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?                              | Définis à l'avance avec ajout de sous-catégories à partir des données |
| 27.                              | Logiciel                               | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?  | Word® et Excel®   |
| 28.                              | Vérification par les participants      | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?   | Non   |
| Rédaction                        |  |  |   |
| 29.                              | Citations présentée                    | Des citations de participants ont-elles  | Citations, issues des entretiens,                                     |

|     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
|     |  | été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?<br>Chaque citation était-elle identifiée ?<br>Par exemple : numéro de participant | anonymisées et identification des participants de P1 à P10                    |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?  | Analyse réalisée par une seule personne                                       |
| 31. | Clarté des thèmes principaux           | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?   | Les thèmes principaux correspondent aux différentes parties de notre analyse. |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires          | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion sur des thèmes secondaires ?  | Non   |

### **Annexe 3 : Lettre d'information**

Bonjour,

Je m'appelle Elisa Le Bars et je suis étudiante en 5e année d'Orthophonie à Lille. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur l'état des lieux de la mise en place de l'IDDSI au sein des établissements accueillant une population dysphagique dans la région Hauts-de-France. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les facteurs facilitateurs et les obstacles à cette mise en œuvre. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez parler français et exercer dans un établissement élaborant la mise en place de l'IDDSI. L'établissement de santé doit accueillir une population dysphagique, c'est-à dire de personnes présentant des troubles de la déglutition et se situer dans la région des Hauts-de-France. Vous devez être un professionnel impliqué directement dans la prise en soin ou l'alimentation des patients atteints de dysphagie. L'entretien semi-directif se fera par visio-conférence et aura une durée estimée entre 20 et 30 minutes.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Cet entretien sera enregistré et les données collectées anonymisées. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2024-166 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr). Sans réponse de leur part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Je vous remercie.

Cordialement,

Le Bars Elisa

## Annexe 4 : Processus de recrutement des participants

